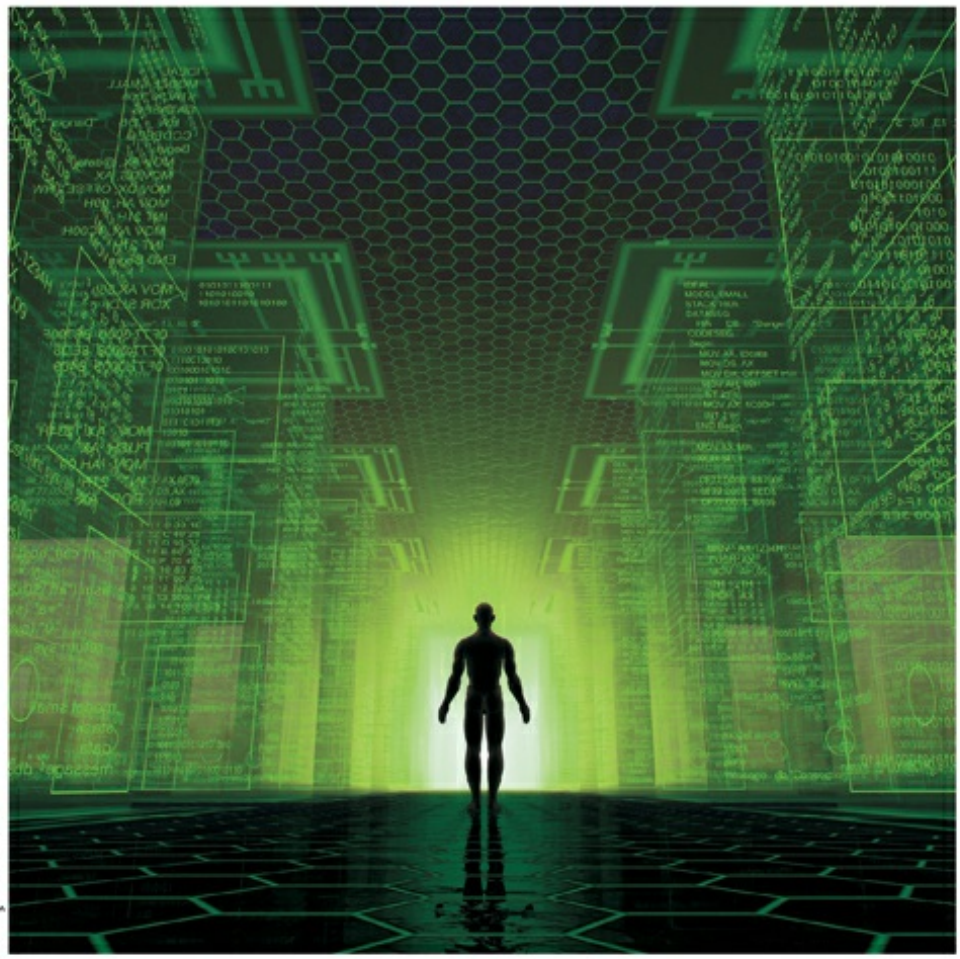
Psihologie

Daniel David

TRATAT DE PSIHOTERAPII

cognitive şi comportamentale



Ediția a II-a

Collegium

POLIROM

Daniel David

Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale

Ediţia a II-a revăzută şi adăugită

POLIROM
2012

© 2006, 2012 by Editura POLIROM

www.polirom.ro
Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A, sc. 1, et. 1,
sector 4, 040031, O.P. 53, C.P. 15-728

ISBN ePub: 978-973-46-3176-6
ISBN PDF: 978-973-46-3177-3
ISBN print: 978-973-46-3143-8

Pe copertă: © Saporob/Dreamstime.com

Coperta: Laurenţiu Midvichi

Această carte în format digital (e-book) este protejată prin copyright şi este destinată exclusiv utilizării ei în scop privat pe dispozitivul de citire pe care a fost descărcată. Orice altă utilizare, incluzând împrumutul sau schimbul, reproducerea integrală sau parţială, multiplicarea, închirierea, punerea la dispoziţia publică, inclusiv prin internet sau prin reţele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informaţiei, altele decât cele pe care a fost descărcată, revânzarea sau comercializarea sub orice formă, precum şi alte fapte similare săvârşite fără permisiunea scrisă a deţinătorului copyrightului reprezintă o încălcare a legislaţiei cu privire la protecţia proprietăţii intelectuale şi se pedepsesc penal şi/sau civil în conformitate cu legile în vigoare.

Lectura digitală protejează mediul

Versiune digitală realizată în colaborare cu elefant.ro

DANIEL DAVID este profesor „Aaron T. Beck” universitar doctor, directorul International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health şi al Şcolii Doctorale „Psihodiagnostic şi Intervenţii Psihologice Validate Ştiinţific” din cadrul Universităţii „Babeş-Bolyai”, director al Centrului Român de Psihoterapie Cognitivă şi Raţional-Emotivă şi Comportamentală (afiliat cu Albert Ellis Institute, SUA) şi preşedintele Colegiului Psihologilor din România, Filiala Cluj. De asemenea, este profesor asociat (*adjunct professor*) la Mount Sinai School of Medicine, New York, SUA, şi director al programului de cercetare din cadrul Albert Ellis Institute din SUA. Ca practician, este psiholog principal în psihologie clinică şi psihoterapie acreditat de Colegiul Psihologilor din România şi supervizor în psihoterapie acreditat de Albert Ellis Institute (*diplomate*) şi de Academy of Cognitive Therapy (*fellow*) din SUA. În 2005 a fost consilier pe probleme de cercetare al ministrului Educaţiei şi Cercetării. De acelaşi autor, la Editura Polirom au mai apărut *Psihologie clinică şi psihoterapie. Fundamente* (2006), *Metodologia cercetării clinice. Fundamente* (2006) şi *Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale* (ed. I, 2006).

Lui Aaron Beck şi Albert Ellis, mentorii mei în acest domeniu.

Lui John Watson şi Frederick Skinner, care, deşi nu am avut şansa să-i cunosc, m-au marcat prin actul intelectual prin care au împins, poate prea devreme pentru a fi înţeleşi, gândirea umană la limitele ei.

„…oamenii nu sunt afectaţi de ceea ce li se întâmplă, ci de cum înţeleg/interpretează ei ceea ce li se întâmplă…”

Epictet

Prefaţă la ediţia a II-a

Prefaţa la ediţia a II-a are o structură şi un conţinut similare altor prefeţe pe care le-am scris (de exemplu, prefaţa la ediţia a II-a a lucrării *Psihologie clinică şi psihoterapie. Fundamente*, David, 2012, Editura Polirom), reflectând, în principiu, un mod personal de gândire şi exprimare atunci când concep o ediţie revizuită a unei lucrări.

Prima ediţie a acestei lucrări a apărut în anul 2006. Aşadar au trecut şase ani de atunci. În ştiinţă, şase ani pot însemna mult, chiar la nivelul manualelor didactice care, în mod obişnuit, sunt mai stabile sub aspectul conţinutului decât lucrările de cercetare (fie ele cărţi/monografii sau articole), care trebuie să reliefeze imediat dinamica domeniului. Ce s-a întâmplat în acest domeniu în acest interval?

În primul rând, ştiinţa a evoluat, astfel că au apărut noutăţi importante. În consecinţă, era obligatoriu să publicăm o ediţie revizuită a lucrării, care să includă aceste noi dezvoltări (chiar dacă sunt prezentate doar la un nivel general). Aşadar acest volum conţine informaţii ştiinţifice noi faţă de prima ediţie. În plus, am eliminat părţi care, din cauza dinamicii domeniului, nu se mai justifică într-un volum publicat, ele putând fi urmărite în dinamica lor în varianta online; aici mă refer la anexele 4 şi 5 din prima ediţie a lucrării.

În al doilea rând, se ştie că aproape nici o lucrare ştiinţifică, mai ales una voluminoasă de tip manual didactic (*textbook/handbook*), nu este perfectă. Astfel, uneori apar erori de scriere (de exemplu, de redactare, ortografice), de conţinut (de exemplu, anumite teorii sunt interpretate incorect sau incomplet) sau de precizie a referinţelor indicate (de exemplu, citări imprecise ca an, titlu etc.). Pentru a identifica aceste erori din prima ediţie, am cerut studenţilor, colegilor sau celor care au citit lucrarea să mi le semnaleze. De asemenea, am recitit eu cu atenţie textul. Practic, aici am urmat modelul standard în domeniu: erată/corecturi la ediţia publicată (vezi ca exemplu profesorul Daniel Dennet, care publică erate/corecturi online la lucrările sale, pe baza comentariilor cititorilor). Aşadar am cules în această perioadă comentarii de la cititorii lucrării mele, astfel încât am elaborat erate/corecturi pe care le-am inclus fie direct în text, ca note corective la prima ediţie, fie în Anexa 4 (acelea care nu pot fi prezentate în text fără a-i afecta cursivitatea). Voi face la fel cu această ediţie a II-a.

În al treilea rând, numeroşi cititori erau interesaţi de mai multe detalii, neînţelegând că lucrarea de faţă nu este o monografie a unor teme-ţintă (de exemplu, tehnici de intervenţie cognitiv-comportamentală), cu prezentări detaliate, ci un manual didactic (*textbook/handbook*), cu prezentări reprezentative, la un nivel mediu de analiză. Pentru a satisface însă şi această cerinţă a cititorilor, am adăugat mai multe titluri bibliografice noi, în care se regăsesc detalii asupra temelor prezentate, ce pot fi studiate de cei interesaţi.

Toate aceste dezvoltări şi aspecte au fost abordate de mine în cadrul cursurilor universitare organizate pe baza acestei lucrări, dar nu au fost incluse într-o lucrare scrisă. Aşadar, în prezenta ediţie a lucrării, (1) am inclus conţinut nou, dar am şi eliminat părţi care nu se mai justifică într-un manual didactic, într-o vreme în care dinamica informaţiei, prezentată şi online, este foarte mare, (2) am făcut corecturi ortografice/gramaticale şi de conţinut (inclusiv de citări mai puţin precise) şi (3) am adăugat mai multe referinţe care pot fi consultate de cei interesaţi de mai multe detalii. Cele mai multe modificări le-am inclus direct în text, iar pe unele, care au fost mai importante, le-am prezentat şi ca erată/clarificări/modificări/nuanţări în Anexa 4 (pentru a avea o imagine de ansamblu asupra modificărilor faţă de ediţia I). Această ediţie a II-a a lucrării *Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale* este astfel una corectată, revizuită şi adăugită, luând în calcul şi comentariile cititorilor. Am încercat, oricât am fost de tentat, să nu adaug foarte mult text nou, astfel încât rezultatul să fie cu adevărat o ediţie a II-a a lucrării anterioare, şi nu o lucrare diferită, fie ea una derivată sau una complet nouă. Sper ca această ediţie a doua să fie cel puţin la fel de utilă ca prima ediţie!

Introducere

Psihoterapia este arena unde valoarea se întâlneşte frecvent cu impostura. Aşa cum în medicină, alături de o medicină ştiinţifică, există şi una neştiinţifică (de exemplu, bioenergetică), şi în psihoterapie, alături de o psihoterapie ştiinţifică, există şi o psihoterapie neştiinţifică. Din păcate, spre deosebire de medicină, deseori psihoterapia nu are curajul să fie tranşantă şi să spună ferm: „asta merge", „asta nu merge" şi „asta este istorie". Acest lucru duce la coexistenţa paşnică a valorii cu impostura şi la contaminarea abordării ştiinţifice cu abordări neştiinţifice. Este important să conştientizăm însă faptul că numai o abordare tranşantă poate asigura dezvoltarea, deoarece ea ne permite să investim resursele existente în lucrurile care contează şi să nu risipim aceste resurse, timpul nostru, al pacienţilor şi al studenţilor noştri în abordări depăşite de vremuri; este un semn de respect faţă de profesionişti, faţă de domeniu şi de beneficiarii lui (pacienţii) şi faţă de studenţi. Până nu demult, din cauza accesului dificil la informaţie, furnizorii de psihoterapie din ţară puteau face aproape orice. Unii utilizează şi astăzi metode de psihoterapie care amintesc de ritualuri barbare (de exemplu, proiecţia în foc) sau de practicile unei babe cu o bogată experienţă de viaţă. Modelul „guru" este dominant şi mulţi studenţi, deprivaţi informaţional din cauza stilului propriu (pentru unii, cursul este încă mai important decât sursa bibliografică) sau a unui blocaj informaţional obiectiv, au fost racolaţi în „culte psihoterapeutice". Examinaţi, vă rog, lista şcolilor de psihoterapie recunoscute de European Association for Psychotherapy (http://www.europsyche.org) şi verificaţi apoi câte dintre ele apar în tratatele ştiinţifice de psihologie (Gleitman *et al.*, 2000) sau medicină (Kaplan şi Sadock, 1998). Veţi fi surprinşi să observaţi că puţine! Restul sunt „culte" organizate nu pe baza datelor ştiinţifice, ci pe baza a ceea ce spune „guru" (fondatorul şcolii). Odată cu accesul la informaţie, lucrurile se schimbă. Beneficiarii serviciilor de psihoterapie sunt mai educaţi şi nu mai acceptă orice. Mi-am încurajat mereu pacienţii şi studenţii să-şi dezvolte simţul raţional-critic, iar atunci când li se oferă un serviciu, înainte de a-l cumpăra, să întrebe ce dovezi sunt că acesta funcţionează.

Acestea fiind spuse, nu vreau ca lucrarea să se transforme într-o luptă cu alte şcoli de psihoterapie. Ea nu este împotriva a ceva, ci este pentru ceva. Ea reliefează fundamentele psihoterapiilor cognitive şi comportamentale, într-o sintagmă general acceptată, utilizată şi de noi pe parcursul lucrării: terapie cognitiv-comportamentală. Terapia cognitiv-comportamentală, înţeleasă ca prototip al psihoterapiei ştiinţifice, este acea formă de psihoterapie care se întemeiază, asemenea medicinei, pe cercetări ştiinţifice serioase.

Este aproape paradoxal că trebuie să te lupţi pentru a impune psihoterapia ştiinţifică şi pentru a o exorciza de abordările neştiinţifice; pentru unii, aceasta pare o strategie *à la Don Quijote*! La

urma urmei, nu toată lumea face psihoterapie ştiinţifică, odată ce se înscrie într-o şcoală clasică de psihoterapie? Deşi toţi cei care practică o astfel de psihoterapie cred cu siguranţă că fac psihoterapie ştiinţifică, adevărul este altul. Faptul că există şi se practică de sute de ani, că a rezistat de-a lungul timpului, că sunt institute în Europa sau SUA care o promovează, că este bine organizată etc. nu sunt argumente sau garanţii că demersul unei şcoli de psihoterapie este ştiinţific şi eficient. Şi astrologia sau vrăjitoria se practică de mii de ani (au rezistat de-a lungul timpului), există institute de astrologie (vrăjitorie) şi se oferă servicii şi formare în domeniu, bine organizate! Psihoterapia ştiinţifică este acel demers psihoterapeutic care: (1) are o teorie bine testată şi susţinută ştiinţific prin studii experimentale; (2) are eficienţa (cum funcţionează în condiţii de laborator)/eficacitatea (cum funcţionează în practica clinică) stabilită prin studii clinice controlate (de exemplu, studii clinice experimentale/randomizate), şi/sau, fără ca acesta să fie un criteriu absolut necesar, (3) are analize de eficienţă a costurilor atunci când este implementată. Aşa se testează un serviciu medical ştiinţific, aşa se testează şi un serviciu psihologic/psihoterapeutic ştiinţific. Restul psihoterapiilor, care îşi întemeiază teoriile şi eficienţa pe (1) intuiţiile fondatorului de şcoală, (2) analize de caz, (3) analize calitative etc., sunt demersuri nevalidate încă. Aceasta nu înseamnă că ele nu sunt valide sau că nu pot fi validate, ci că trebuie privite cu suspiciune până vor trece proba testării; într-adevăr, merită să avem un semn de întrebare în condiţiile în care unele nu au fost în stare să se valideze ştiinţific după aproape un secol de la apariţie! Analizele de caz şi cele calitative, de exemplu, contribuie la generarea şi/sau exemplificarea unei teorii şi/sau proceduri, nu la validarea şi testarea lor! Aşadar mesajul acestei lucrări pentru toate şcolile de psihoterapie este de a ne întâlni integrativ pe terenul serviciilor validate ştiinţific şi de a arăta ce înseamnă acestea, utilizând terapia cognitiv-comportamentală ca model.

La o analiză atentă se poate spune că opţiunea primordială a omului a fost să fie „cognitiv”, optând pentru cunoaştere în detrimentul confortului şi vieţii veşnice din Paradis! Angajamentul meu faţă de terapia cognitiv-comportamentală nu este însă unul născut din credinţă, ci unul născut din ştiinţă şi din responsabilitate pentru domeniul meu de studiu, pentru pacienţi şi studenţi. Dacă cercetarea ştiinţifică va scoate în evidenţă alte abordări psihoterapeutice mai eficiente, atunci, din respect pentru profesia pe care o am, pentru pacienţii pe care îi văd şi pentru studenţii pe care îi educ, mă voi angaja într-un nou demers. Nu sunt îndrăgostit de terapia cognitiv-comportamentală, ci de o abordare serioasă şi ştiinţifică în psihoterapie. În acest moment, ea este cel mai bine reflectată de terapia cognitiv-comportamentală. Şi este foarte probabil să rămână aşa, căci terapia cognitiv-comportamentală are structura unui demers ştiinţific. Ea se dezvoltă continuu, asumându-şi propriile limitări şi încercând să le depăşească. Astfel, în timp ce este posibil să auziţi un terapeut cognitiv-comportamental, aşa cum auziţi un medic, spunând că nu ştie clar ce are pacientul sau că nu există încă un tratament pentru problema acestuia, un „terapeut tradiţional” ştie tot, iar dacă ceea

ce ştie nu funcţionează, vina nu o poartă el sau limitele tehnicii utilizate, ci pacientul, pentru că este rezistent! Aşadar, dacă veţi analiza şcolile de psihoterapie, veţi constata că cele mai multe vă prezintă o perspectivă „holistă", închisă, pietrificată în timp; modelul prezentat astăzi este cel angajat de „guru" în secolele trecute, ca şi cum ştiinţa nu ar fi progresat de atunci. Este uimitor! Terapia cognitiv-comportamentală este însă altfel. Dacă examinăm lucrările din anii '70 şi pe cele de după anul 2000, vom vedea că sunt diferite, reflectând clar evoluţia cercetării în domeniu.

România pare mereu o ţară defazată. La noi, tendinţele internaţionale apar de obicei cu o întârziere de decenii. De exemplu, dacă modernismul a apărut, la nivel european, în jurul anului 1453, la noi a apărut în jurul anului 1600! Este totuşi bine că aceste tendinţe apar… Mai rău este când ele apar în mod distorsionat. Aceasta a fost şi soarta terapiei cognitiv-comportamentale. A fost adesea promovată în ţară de autodidacţi care nu au parcurs un riguros program de formare, iar aceştia au reflectat eronat anumite aspecte ale terapiei cognitiv-comportamentale, erori care au apărut din modul în care autodidactul a încercat să înţeleagă perspectiva cognitiv-comportamentală; ţinând cont de faptul că ea este o formă de tratament, aceste erori pot avea implicaţii deontologice.

Volumul de faţă prezintă bazele psihoterapiilor cognitive şi comportamentale. Ideile cuprinse în paginile lui sunt atât o sinteză a literaturii de specialitate, cât şi o reevaluare a unor publicaţii proprii, naţionale şi internaţionale. Integrarea lor în această lucrare oferă o perspectivă comprehensivă şi coerentă asupra domeniului terapiei cognitiv-comportamentale. După această secţiune de introducere sunt prezentate istoricul şi dezvoltarea terapiei cognitiv-comportamentale la nivel internaţional şi naţional (capitolul 1), mecanismele de sanogeneză şi patogeneză implicate în starea de sănătate, respectiv de boală (capitolele 2, 3, 4 şi 5), modul în care se stabileşte relaţia psihoterapeutică (capitolul 6) şi principalele proceduri/pachete şi tehnici de terapie cognitiv-comportamentală (capitolul 7). În capitolul 8 se ilustrează clinic demersul cognitiv-comportamental, iar în capitolul 9 se discută critic eficienţa terapiei cognitiv-comportamentale, după care se prezintă modalitatea de a deveni terapeut cognitiv-comportamental (capitolul 10) şi noile tendinţe şi frontiere în domeniu (capitolul 11). După secţiunea „Remarci finale" sunt prezentate „Resursele clinice", de formare şi cercetare în domeniu, la nivel internaţional şi naţional. Anexele oferă materiale de lucru (de exemplu, scale clinice) cu impact pentru practica şi cercetarea în domeniu. Glosarul de la final are rolul de a ajuta cititorul să se orienteze în volumul mare de informaţii prezentate în lucrare fără a fi nevoit să penduleze mereu între diverse secţiuni ale acesteia pentru a-şi reaminti definiţiile unor constructe; în plus, el urmăreşte consacrarea unor termeni şi constructe, pentru a asigura un demers coerent în literatura de specialitate din ţară, evitând pseudoprobleme generate de suprapuneri şi confuzii terminologice. Aşadar lucrarea insistă asupra aspectelor procedurale ale terapiei cognitiv-comportamentale, cu implicaţii clinice, teoriile

fiind prezentate doar succint, atât cât este necesar pentru a înţelege procedurile utilizate. Ea se constituie ca o platformă de resurse şi de *know-how* în terapia cognitiv-comportamentală. Urmărim astfel ca lucrarea să poată fi folosită ca un „Manual şi/sau Ghid Clinic de Terapie Cognitiv-Comportamentală", uşor de transformat în „Protocoale Specifice de Intervenţie" (de exemplu, pentru tulburări de anxietate, prevenţie primară etc.), utilizate apoi în studii clinice (de exemplu, studii clinice controlate/*randomized clinical trial* etc.) şi/sau în practica clinică, utile şi pentru casele de asigurări de sănătate pentru a promova servicii psihologice validate ştiinţific.

Te avertizez însă, cititorule, că lucrarea nu este una uşoară, de citit ca lectură de seară. Nu este o lucrare de interfaţă, ci una profesională, pretenţioasă. Se presupune că ai cel puţin constructele de bază de psihologie generală (de exemplu, „figuri duble", „prelucrări de informaţie", „stări afective" etc.) şi clinică (de exemplu, „depresie", „placebo" etc.). Psihoterapiile cognitive şi comportamentale, spre deosebire de restul psihoterapiilor, se bazează pe teorii şi proceduri sofisticate, fundamentate pe date complexe de laborator, care nu pot fi înţelese pe baza constructelor de simţ comun, cu care intră adesea chiar în contradicţie. Lectura acestei lucrări necesită efort, cu pixul în mână, dar te asigur că, odată înţeleasă, modul în care vezi omul, sănătatea şi boala se va schimba definitiv. Parafrazându-l pe Niels Bohr, dacă această lucrare nu te şochează şi nu schimbă ceva în tine şi în modul în care faci terapie, atunci nu ai înţeles-o încă. Probabil, dacă aş încerca să ofer o analogie mai uşor de înţeles a mesajului acestei lucrări, aş spune că filmul *Matrix* este cel care transpune cinematografic cel mai bine principiile terapiei cognitiv-comportamentale; dacă ai dificultăţi în a înţelege lucrarea, vizionează mai întâi filmul.

Modelul de prezentare a lucrării este unul modern. În lucrările clasice şi mai vechi, autorii prezentau adesea fiecare „şcoală" de terapie cognitiv-comportamentală (de exemplu, terapia raţional-emotivă şi comportamentală, terapia cognitivă, modificările cognitiv-comportamentale), pentru ca apoi să analizeze suprapunerile, similarităţile şi diferenţele dintre ele. Acest model era unul contaminat, atunci, la începuturi, de modelul „guru", în etapele primitive ale apariţiei terapiei cognitiv-comportamentale încercându-se să se păstreze factorul personal al fondatorului de şcoală. Dar, aşa cum spunea Donald Meichenbaum (2003), terapia cognitiv-comportamentală nu a fost gândită să se constituie pe termen lung în „şcoli". Fiind o terapie fundamentată de curentul ştiinţific şi asimilată acestuia, ea a evoluat în ultimii ani spre un alt model. Mai precis, lucrările moderne (vezi Kaplan şi Sadock, 1998) depăşesc izolaţionalismul intelectual al „şcolilor" iniţiale, focalizându-se pe asumpţiile lor comune, care constituie cadrul paradigmatic al terapiei cognitiv-comportamentale. Perspectivele particulare ale diverselor „şcoli" devin teorii şi modele care susţin strategii terapeutice diferite în cadrul paradigmatic comun, urmând a fi analizate, integrate şi interpretate prin cercetare ştiinţifică. Acesta este modelul (vezi şi integrarea făcută de European Association for Behavioral and Cognitive Therapies la http://www.eabct.com şi National

Association of Cognitive-Behavior Therapists la http://www.nacbt.org) care ne permite să vorbim astăzi despre terapia cognitiv-comportamentală ca despre o terapie ştiinţifică, model angajat şi de noi în această lucrare. De dragul istoriei, vom menţiona însă pe parcursul ei cum variatele teorii, modele şi strategii terapeutice au derivat din diverse „şcoli" cognitiv-comportamentale promovate în trecut.

Nivelul de analiză al lucrării va fi unul mediu, după modelul tratatelor de referinţă (*handbook*-urilor) în domeniu, fără prezentări foarte generale sau foarte detaliate. Aşadar lucrarea, fiind practic un manual didactic, va fi o combinaţie între cunoştinţe comune în domeniu (fără citări specifice şi/sau cu citări generale) şi cunoştinţe (inclusiv noi ipoteze) specializate (cu citări specifice, chiar foarte detaliate). Detaliile, cu implicaţii ale terapiei cognitiv-comportamentale pentru aspecte specifice (ca, de exemplu, tulburări depresive, optimizare personală), pot fi găsite în cărţi de specialitate dedicate acestora, nici un volum în domeniu neputând aborda simultan şi foarte detaliat atât fundamentele, cât şi aplicaţiile specifice (despre fiecare se poate scrie o carte separată). Acest nivel de analiză va fi accesibil şi util studenţilor şi profesioniştilor, pentru detalii putându-se consulta lucrările indicate la bibliografie (vezi şi secţiunea „Resurse").

Sub aspect expozitiv, acest volum va introduce pentru prima dată în limba română anumite constructe proprii terapiei cognitiv-comportamentale; în aceste cazuri, pe lângă termenii propuşi de mine în limba română, voi prezenta şi varianta lor în limba engleză, pentru a lăsa cititorul să aprecieze dacă echivalarea aleasă este cea mai indicată şi pentru a-l ajuta să ajungă mai uşor la sensul şi semnificaţia constructelor prezentate. Mai mult, unii termeni nu sunt traduşi în limba română (de exemplu, *mindfulness*), deoarece ei sunt termeni preluaţi *passe-partout* (*sic!*) şi sunt utilizaţi ca atare în activitatea profesioniştilor din domeniu; o traducere a acestora fără un acord mai general al grupului de experţi ar putea crea confuzii şi ar putea afecta coerenţa discursului teoretico-metodologic existent în domeniu. Pentru alţi termeni, voi oferi mai multe variante (de exemplu, adaptativ/funcţional/raţional), propunând spre utilizare una sau mai multe dintre acestea în contexte diferite, bine precizate. Uneori voi utiliza alternativ termeni apropiaţi şi/sau sinonimi (pacient-subiect), deşi în contexte diferite voi folosi predominat unul sau altul (pacient – cu referire la patologie –, şi subiect – cu referire la sănătate). Toate aceste artefacte lingvistice, absolut necesare pentru lucrări atât de complexe şi în premieră în limba română, pot duce la un text mai dificil, dar te-am avertizat, cititorule, că lucrarea trebuie citită cu pixul în mână. Limba română este puternic polisemantică, astfel că adaptarea unor constructe clar definite în alte limbi (de exemplu, engleza) este un act dificil în sine, darămite să mai şi prezinţi funcţia şi rolul constructului; de exemplu, constructul *hope*, clar definit, în limba română poate fi tradus cu „speranţă", „aşteptare", „dorinţă" etc., fiecare având o mulţime de nuanţe, ceea ce complică discursul ştiinţific. În fine,

ţinând cont de volumul mare de informaţii prezentate, anumite idei vor fi reluate în diverse părţi ale lucrării pentru a asigura coerenţa discursului şi receptarea lui uşoară de către cititor, acesta nefiind nevoit să penduleze între secţiuni diferite pentru a-şi reaminti anumite definiţii şi idei necesare în înţelegerea textului la un moment dat.

Sper că lucrarea va oferi cititorilor fundamentele care să le permită abordarea, înţelegerea şi practicarea corectă a terapiei cognitiv-comportamentale, una dintre cele mai influente şi utilizate forme de psihoterapie la nivel internaţional. În fine, ca o notă aparte, acesta este primul volum de terapie cognitiv-comportamentală din ţară scris de un autor care a fost atestat şi a colaborat în acest domeniu cu înşişi fondatorii lui (dr. Aaron Beck, dr. Albert Ellis şi dr. Donald Meichenbaum) şi care este supervizor format, clinician şi cercetător la institutele şi în echipele conduse de aceştia.

Mulţumiri

Mulţumesc editurilor ASCR (Cluj-Napoca), Polirom (Iaşi, Bucureşti), Tritonic (Bucureşti, Cluj-Napoca), care mi-au permis să utilizez fragmente din lucrările pe care mi le-au publicat de-a lungul timpului (lucrări menţionate în text şi/sau în secţiunea de bibliografie). Prima ediţie a lucrării nu ar fi putut apărea în această formă fără ajutorul ştiinţific şi administrativ al conferenţiarului univ. dr. Aurora Szentagotai de la Universitatea „Babeş-Bolyai” (lector la publicarea respectivei ediţii în 2006), căreia îi mulţumesc. Nu în ultimul rând, îi mulţumesc profesorului univ. dr. Mircea Miclea (de la Universitatea „Babeş-Bolyai”), care, prin primele cursuri introduse la Cluj-Napoca, a creat contextul în care am putut să abordez şi să dezvolt acest domeniu fascinant în prima ediţie a lucrării.

Capitolul 1

Terapia cognitiv-comportamentală. Delimitări conceptuale şi evoluţie

1.1. Delimitări conceptuale

Clarificarea conceptuală este fundamentală pentru înţelegerea acestui domeniu complex. Aşadar să analizăm în continuare constructele-cheie din acest domeniu (vezi şi David, 2003; David, 2006a). Psihoterapia este intervenţia psihologică în sănătate şi boală. Prima componentă, sănătatea, se referă la abordarea mecanismelor psihologice de sanogeneză implicate în (a) promovarea şi optimizarea sănătăţii şi (b) prevenirea patologiei. A doua componentă, boala, se referă la abordarea mecanismelor psihologice de patogeneză implicate în patologie (clinică şi/sau subclinică). Psihoterapia poate fi individuală (obiectul intervenţiei este individul), în grup (obiectul intervenţiei este individul inserat într-un grup terapeutic) şi de grup (obiectul intervenţiei este grupul – de exemplu, cuplul, familia etc.). Pentru simplificarea limbajului, sintagma „de grup" se utilizează adesea şi cu referire la psihoterapia „în grup", lucru pe care îl vom face şi noi pe parcursul acestei lucrări, acolo unde nu se nasc ambiguităţi. Psihoterapia mai este numită şi „tratament psihologic" şi/sau „intervenţie psihologică", sintagma „psihopatologie subclinică" înlocuindu-se uneori cu cea de „probleme psihologice" (psihoemoţionale şi de comportament), iar cea de „psihopatologie" sau de „tulburări psihice/mentale", cu „tulburări psihologice"; aceste sintagme sunt mai noi şi urmăresc reliefarea componentelor psihologice validate ştiinţific în psihoterapie şi patologie.

Consilierea psihologică este intervenţia psihologică (a) în scopul optimizării, autocunoaşterii şi dezvoltării personale (uneori numită sub acest aspect şi *coaching* psihologic) şi/sau (b) în scopul prevenţiei şi remiterii problemelor emoţionale, cognitive şi de comportament. Aşa cum consilierea juridică este specifică juristului, consilierea medicală, medicului etc., consilierea psihologică este specifică psihologului; psihoterapia este mai eterogenă, putând fi practicată de diverşi profesionişti (psihologi, psihiatri), după un program riguros de pregătire (vezi capitolul 10). Consilierea psihologică se deosebeşte de psihoterapie prin faptul că, în timp ce psihoterapeutul poate face o intervenţie psihologică în psihopatologie, consilierul psihologic nu are această competenţă, el

focalizându-se pe optimizare şi dezvoltare personală şi/sau probleme psihologice ori de patologie somatică în care sunt implicaţi factori psihologici. Altfel spus, în timp ce psihoterapeutul psiholog (nu şi psihiatrul) poate face tot ceea ce face consilierul psihologic, reciproca nu este valabilă. Consilierea psihologică se deosebeşte şi de consilierea educaţională/şcolară. În timp ce consilierea educaţională/şcolară este focalizată pe probleme de educaţie şi carieră, consilierea psihologică implică intervenţia specialistului psiholog în optimizarea personală (sănătate) şi în ameliorarea problemelor psihoemoţionale şi de comportament.

Deşi diferite sub aspectul conţinutului (tipul de probleme abordate), consilierea psihologică şi psihoterapia sunt similare sub aspectul procesului şi al mecanismelor implicate, fiind tributare unui demers specific în domeniu (de exemplu, cognitiv-comportamental, dinamic-psihanalitic, umanist-existenţial-experienţial). În cele ce urmează ne vom referi doar la psihoterapie, menţionând consilierea psihologică doar acolo unde ea se comportă net diferit de psihoterapie.

Orice sistem psihoterapeutic are două componente majore. Prima componentă este cea teoretică; aceasta angajează mecanismele etiopatogenetice implicate în sănătate şi boală. Din ea este derivată a doua componentă, cea procedurală, care oferă pachete de intervenţie psihoterapeutică. Deşi uneori este posibil ca, istoric vorbind, teoria să se dezvolte pentru a conceptualiza o procedură de intervenţie descoperită întâmplător, funcţia ei în cadrul sistemului terapeutic rămâne aceeaşi. Aşadar este evident faptul că intervenţia psihologică este ghidată de mecanismele presupuse a fi implicate în starea de sănătate şi boală. În funcţie de mecanismele considerate a fi implicate în starea de sănătate şi boală, avem mai multe orientări (paradigme) psihoterapeutice (pentru detalii, vezi David, 2006a; 2006b): (1) abordarea cognitiv-comportamentală (asumpţia filosofică principală, fără a fi exclusivă, este determinismul); (2) abordarea dinamic-psihanalitică (asumpţia filosofică principală, fără a fi exclusivă, este indeterminismul); (3) abordarea umanist-existenţial-experienţială (asumpţia filosofică principală, fără a fi exclusivă, este nondeterminismul). În cadrul acestor orientări există diverse şcoli, fiecare cu particularităţi teoretico-procedurale specifice, iar în cadrul fiecărei şcoli avem teorii şi modele de strategii terapeutice care implică tehnici de intervenţie diverse. Se estimează (Bergin şi Garfield, 1994) că există aproximativ 200 de şcoli de psihoterapie bine definite şi peste 600 de tehnici de intervenţie clar delimitate. Acesta este un arsenal impresionant, care permite abordarea psihologică a sănătăţii şi bolii în mod riguros.

În afara domeniului clinic, în literatura de specialitate şi în practica psihologică sunt utilizaţi adesea o serie de termeni alternativi celor de „psihoterapie” şi „consiliere psihologică” pentru a reliefa intervenţiile în sănătate şi boală. Scopul este acela de a reduce conotaţia încă negativă a tulburărilor psihice cu care sunt asociate conceptele de „psihoterapie” şi „consiliere psihologică”. Astfel, pentru a exprima focalizarea pe normal şi pe promovarea sănătăţii prin optimizare

personală, se utilizează şi termenul *coaching* (psihologic). În alte domenii decât cele clinice (de exemplu, educaţional, industrial-organizaţional, sportiv etc.) se preferă folosirea termenilor „intervenţie psihologică”, „modificare”, „asistenţă”, „consultanţă” etc. Indiferent de termenul utilizat, demersul teoretico-aplicativ şi formativ este acelaşi, fundamentat pe abordările psihoterapeutice şi/sau pe consiliere psihologică.

Ce este terapia cognitiv-comportamentală? Scurt şi simplu spus, terapia cognitiv-comportamentală este o combinare teoretico-metodologică fundamentată ştiinţific a terapiei comportamentale cu terapia cognitivă, cu aplicaţii în patologie şi sănătate; aşadar ea are, pe lângă un caracter clinic (tratarea bolilor), şi un profund caracter educaţional şi preventiv (optimizare, promovare a sănătăţii).

• *Terapia comportamentală.* Ideea de bază (Skinner, 1953, 1974; Watson, 1913) este că toate reacţiile/răspunsurile organismului uman, ca întreg (ceea ce facem), pot fi conceptualizate ca fiind comportamente deschise/exteriorizate (*overt behavior*; *public behavior*) sau închise/interiorizate (*covert behavior*; *private behavior*). *Comportamentele exteriorizate* se referă la acele răspunsuri ale organismului uman ca întreg care pot fi observate şi măsurate, direct sau cu ajutorul unor aparate, independent de subiectivitatea celui care le produce. Atunci când sunt generate utilizând mai ales musculatura striată şi pot fi, în principiu, dublate de experienţa faptului că au fost produse voluntar, intenţionat, ele se numesc *comportamente operante*, în sensul că operează asupra mediului (ca atunci când mă deplasez dintr-un loc în altul). Atunci când sunt produse automat de stimuli, implicând mai ales răspunsurile înnăscute/necondiţionate ale organismului, ele se mai numesc *comportamente respondente* (de exemplu, clipitul sau modificările în conductanţa electrică a pielii). *Comportamentele interiorizate* se referă la acele reacţii/răspunsuri ale organismului uman ca întreg care nu pot fi măsurate şi observate independent de subiectivitatea celui care le produce. De exemplu, gândul „mi-e frică” este un comportament interiorizat. Ele pot fi însă măsurate şi observate riguros în mod indirect, dependent de organismul care le produce. De exemplu, subiectul poate verbaliza gândul respectiv, care apoi poate fi măsurat. A măsura un comportament înseamnă a atribui numere unor caracteristici ale acestuia (vezi David, 2006a; 2006b). Principalele caracteristici ale comportamentului luate în calcul atunci când îl măsurăm, fără a fi exclusive, sunt: (1) frecvenţa; (2) intensitatea/aplitudinea; (3) durata; (4) latenţa. Nivelul de detaliere în definirea unui comportament-ţintă şi a caracteristicilor sale măsurate este stabilit de cel care conduce analiza. Uneori, el se poate referi la un comportament foarte simplu (de exemplu, de câte ori ating un anumit obiect, de câte ori clipesc), alteori, la unul foarte complex (de exemplu, frecvenţa căsătoriei, durata secvenţei cognitive în rezolvarea unei probleme); este important de reţinut: comportamentele nu se referă la orice reacţii (ale celulei, ale stomacului), ci doar la cele

conceptualizate de cel care face analiza ca fiind ale organismului ca întreg. Comportamentele, fie ele exteriorizate sau interiorizate, sunt guvernate de două principii fundamentale ale învăţării: (1) principiul condiţionării clasice şi (2) principiul condiţionării operante, ambele discutate în secţiunile următoare ale lucrării.

• *Terapia (raţională) cognitivă.* Ideea fundamentală (Beck, 1976; Ellis, 1958, 1962) este că prelucrările informaţionale (cogniţiile), fie ele conştiente sau inconştiente, generează răspunsurile afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi unele reacţii psihofiziologice/biologice ale subiectului uman. Schimbarea acestor răspunsuri se face modificând prelucrările informaţionale care le-au generat.

În raport cu psihologia şi medicina/psihiatria, terapia cognitiv-comportamentală este o specializare în cadrul acestora, fiind fundamentată de dezvoltările teoretico-experimentale care aparţin psihologiei şi medicinei/psihiatriei. Trebuie însă menţionat faptul că terapia cognitiv-comportamentală nu este un receptor pasiv, care doar aplică descoperirile din cercetarea fundamentală din psihologie şi/sau medicină/psihiatrie. Ea are propria cercetare fundamentală şi aplicată, impulsionând prin aceasta dezvoltarea unor metode cu caracter general, care au fost asimilate în psihologie şi medicină/psihiatrie. De exemplu, constructul *cogniţii iraţionale* a pătruns nu doar în tratatele de psihologie generală (Gleitman, 1990; Gleitman *et al.*, 2000), ci şi în lucrările de psihologie educaţională (cum ar fi educaţia raţional-emotivă şi comportamentală), psihologia muncii (de exemplu, eficienţă raţională), psihologie pastorală (consiliere pastorală) etc. În psihiatrie (vezi Kaplan şi Sadock, 1998), abordarea cognitiv-comportamentală a generat noi modele de etiopatogeneză pentru tulburările psihice (de exemplu, tulburarea depresivă majoră).

Terapeutul cognitiv-comportamental este de obicei psiholog sau psihiatru. Se acceptă în programele de formare şi asistenţi sociali sau medici cu altă specialitate decât psihiatria, dar după completarea cursurilor universitare cu un pachet de discipline psihologice (pentru detalii, vezi Colegiul Psihologilor din România, la http://www.copsi.ro). Terapeutul cognitiv-comportamental îndeplineşte mai multe funcţii: (1) *psihodiagnostic şi evaluare clinică* – circumscrise intervenţiei cognitiv-comportamentale; (2) *intervenţie de specialitate – cognitiv-comportamentală* – în sănătate şi boală; (3) *cercetare* – vizează *investigarea* rolului factorilor psihologici în sănătate şi boală; (4) *educaţie şi formare* – vizează *implicarea* celor deja formaţi în acest domeniu în pregătirea noilor generaţii de profesionişti pentru a deveni (psiho)terapeuţi cognitiv-comportamentali.

1.2. Istoric şi evoluţie

1.2.1. Evoluţia terapiei cognitiv-comportamentale

Perspectiva asupra evoluţiei terapiei cognitiv-comportamentale prezentată în continuare este una asumată la nivelul comunităţii ştiinţifice (vezi şi National Association of Cognitive-Behavioral Therapists, la http://www.nabct.org) şi a mai fost exprimată în lucrările noastre anterioare (vezi David, 2003b; David *et al.*, 1998/2000).

1.2.1.1. Terapia comportamentală – prima paradigmă ştiinţifică în psihoterapie

Rădăcinile terapiei comportamentale se află în behaviorism (psihologia comportamentului). Behaviorismul nu este o abordare unitară, sub acest nume fiind reunite diversele sale variaţii. Articolul lui John Broadus Watson (1878-1958) „Psychology as the behaviorist views it" (1913) este considerat manifestul mişcării behavioriste, în care psihologia a fost definită clar, pentru prima dată, ca ştiinţă a comportamentului, deşi, după cum vom vedea în continuare, comportamentul a fost descris diferit în mişcări behavioriste diferite. Elementul fundamental din perspectiva behaviorismului era „exorcizarea" psihologiei de termeni „mentalişti", subiectivi, şi explicarea comportamentului uman prin mecanisme obiective; aşa cum chimia a renunţat la „flogiston", biologia, la „forţa vieţii", şi fizica, la „cauzele aristoteliene", devenind ştiinţe, şi psihologia trebuia să renunţe la „constructele mentaliste", preluate din simţul comun (de exemplu, la conştiinţă, voinţă), pentru a deveni o ştiinţă. Mentalismul este contradictoriu. De exemplu, el nu poate să explice cum o realitate nonfizică (psihicul) afectează o realitate fizică (comportamentul). În plus, include o serie de constructe şi formulări antropomorfice (cum ar fi „conştiinţa selectează…", „anxietatea ne face să evităm situaţii…", „voinţa ne determină comportamentul…" etc.) care duc în final la ipoteza „omuleţului" (*homunculus*) din mintea noastră, asemănător nouă, care coordonează toate procesele mentale, aşa cum noi am conduce o maşină; însă întrebarea-cheie devine atunci: cine coordonează „omuleţul"? Şi revenim astfel de unde am pornit… Adesea „omuleţul" este exprimat metaforic prin constructele „voinţă" şi/sau „liber-arbitru", care nu adaugă însă nimic la varianţa explicată din comportamentul nostru, fiind aşadar important să fim „exorcizaţi" de ele şi de „omuleţ". Recent, studiile de psihologie cognitivă au reîntărit, prin dovezi neurocerebrale,

această idee (vezi Wegner, 2002, 2003), anume că voinţa este o iluzie, un epifenomen, fără rol cauzal în determinarea comportamentului.

Înainte de a discuta concret apariţia şi evoluţia terapiei comportamentale, să analizăm succint behaviorismul şi variaţiile sale (vezi pentru detalii Baum, 1994), care au fundamentat apariţia ei.

1.2.1.1.1. Behaviorismul: fundamente şi variaţii

I. Behaviorismul filosofic. Acesta este influenţat de pozitivismul logic (Carnap, 1937). Asumpţia fundamentală este că ceea ce este observabil şi măsurabil sunt doar stimulii care acţionează asupra organismului uman şi răspunsurile sale comportamentale (*overt behavior*). Fenomenele mentale nu există ontologic, ele fiind doar fenomene de limbaj, reductibile la stimuli şi comportament. De exemplu, în acest cadru, gândirea nu există! Pentru o minte simplă, acest lucru este evident eronat şi fără sens, poate chiar o insultă! La urma urmei, toţi simţim şi ştim că gândim (unii chiar în acest moment!). Să analizăm însă mai atent această idee. Gândirea, prin prisma behaviorismului filosofic, este un termen care descrie anumite situaţii-stimul şi anumite răspunsuri (comportamente exteriorizate) ale subiectului uman. De pildă, gândurile de tipul „mi-e frică” sunt, de fapt, nişte etichete lingvistice care descriu anumite răspunsuri ale organismului (de exemplu, tremur) într-o situaţie-ţintă (de exemplu, văd un urs). Gilbert Ryle (1900-1976), prin analiza bazată pe „eroarea categoriei” (*category mistake*), argumentează genial această idee (Ryle, 1949). De exemplu, ce uşor ne vine să explicăm un anumit pattern comportamental (cineva roşeşte, se bâlbâie, tremură) prin caracteristici individuale (este anxios). Evident că, dacă vă întreb de unde ştiţi că subiectul este anxios, îmi veţi spune că acest lucru se vede din patternul comportamental (roşeşte, se bâlbâie, tremură). Oricine a studiat logica vă va spune însă că acest demers este unul tautologic, circular, fără valoare explicativă. „Anxios” este un termen care descrie patternul comportamental, nu îl explică; aşadar între termenul „anxios” şi patternul comportamental este un mecanism semiotic, nu unul cauzal, similar, de exemplu, relaţiei dintre termenul „jaguar” şi fiinţele vii care sunt denumite astfel. Nu este absurd să spunem că termenul „jaguar”, care defineşte în fapt o categorie, cauzează fiinţele vii denumite astfel şi incluse în categoria jaguar? Ei bine, atunci de ce nu ne pare la fel de absurd să spunem că anxietatea, ca fenomen psihic, generează patternurile comportamentale descrise mai sus? Răspunsul este simplu: nu ni se pare absurd deoarece această tautologie, la care se ajunge adesea prin eroarea categoriei, ne dă iluzia cunoaşterii. Iar noi avem nevoie de aceste iluzii ale cunoaşterii pentru că ne dau sens, semnificaţie şi predictibilitate, deşi adesea ne îndepărtează de adevăr; or, noi ştim că, din punct de vedere psihologic, ceva nu trebuie să fie adevărat pentru a fi util! Zeii olimpieni au dat sens şi semnificaţie vechilor greci; unde sunt ei

astăzi? Dacă în anumite cazuri (cel al jaguarului, de exemplu) eroarea categoriei nu generează nici măcar cunoaştere iluzorie, noi dându-ne seama de absurdul explicaţiei, în alte cazuri (cel al anxietăţii) ea produce uşor cunoaştere iluzorie. Aceasta se întâmplă mai ales în situaţiile în care eroarea categoriei implică comportamentul uman şi în cazul aşa-numitelor fenomene psihice, unde, având puţine cunoştinţe riguroase, există loc de astfel de greşeli, perpetuate şi întărite de-a lungul a sute de ani de psihologia de simţ comun.

II. Behaviorismul metodologic. Behaviorismul metodologic îşi are rădăcinile în realism (Greenwood, 1989). Realismul face o distincţie clară între „ceea ce există" (copaci, munţi etc.) şi „ceea ce experienţiem" noi (perceperea copacilor, a munţilor etc.). Acestă distincţie generează o alta, cea dintre descriere (la nivelul experienţierii) şi explicaţie (la nivelul a ceea ce este). De exemplu, noi am experienţiat mereu faptul că noaptea vine după zi sau răsăritul după apus, dar abia prin studiu ştiinţific am găsit explicaţia acestei experienţe (mişcările relative ale Pământului şi Soarelui). Cu referire la psihologie, behaviorismul metodologic recunoaşte existenţa fenomenelor mentale, dar nu le atribuie un rol cauzal în generarea comportamentului. Ele sunt epifenomene experienţiate, care nu pot fi investigate obiectiv; chiar dacă ar putea fi investigate obiectiv, efortul ar fi doar unul epistemic, fără valoare pragmatică, în măsura în care avem de-a face cu epifenomene, fără valoare cauzală şi/sau explicativă. Aşa cum osul are culoare albă din cauza calciului (selectat în evoluţia speciei pentru că asigură rezistenţă osului), şi creierul nostru (dezvoltat în evoluţia speciei pentru a rezolva probleme complexe) are ca epifenomene procesele mentale. Aşa cum culoarea albă există, dar nu determină tăria osului, şi fenomenele mentale există, dar nu au rol cauzal în privinţa comportamentului rezolutiv şi/sau proceselor fiziologice ale creierului. Aşadar, metodologic, ele sunt ignorate, focalizarea făcându-se pe stimuli şi relaţiile acestora cu comportamentul exteriorizat, observabil şi măsurabil independent de organismul care îl produce (*overt behavior*). Asocierile complexe între stimuli şi răspuns (comportament), guvernate de legile contiguităţii (de exemplu, stimulii şi răspunsurile care apar împreună tind să se asocieze), frecvenţei (de exemplu, cu cât stimulii şi răspunsurile apar mai frecvent împreună, cu atât asocierea lor este mai puternică) şi recenţei (de exemplu, într-o situaţie-stimul tinde să se manifeste ultimul răspuns generat în situaţia respectivă), explică complexitatea comportamentului uman. Reprezentantul acestui demers este Watson, o personalitate extraordinară, fost preşedinte al American Psychological Association (Asociaţia Americană de Psihologie, APA), al cărui articol „Psychology as the behaviorist views it" (1913) este considerat, aşa cum am spus mai sus, manifestul mişcării behavioriste, în care psihologia a fost definită clar şi pentru prima dată ca ştiinţă a comportamentului.

III. Behaviorismul radical. Behaviorismul radical îşi are originile în pragmatism. Ideile fundamentale ale pragmatismului sunt (vezi Marga, 1988; Pierce, 1935):

– viaţa este temeiul cunoaşterii;
– cunoaşterea este activitate;
– adevărul unei judecăţi este conferit de reuşita acţiunii pe care o orientează;
– realitatea este, în ultimă instanţă, rezultatul unor inferenţe ipotetice operate de o comunitate nelimitată de oameni (de ştiinţă); comunitatea nelimitată este întruchiparea raţiunii în pragmatism. Aşadar diferenţa dintre „ceea ce este" şi „ceea ce experienţiem" nu mai are relevanţă.

Pragmatismul elimină, se pare, distincţia dintre discursul teoretic şi cel practic, ambele reducându-se la reuşita acţiunii pe care o orientează. Din această perspectivă, nu există diferenţă între descriere şi explicaţie; explicaţia nu înseamnă decât descrierea unui fenomen în termeni familiari. Cu referire la psihologie, behaviorismul radical consideră fenomenele mentale (cum ar fi gândirea) comportamente interiorizate (*covert behaviors*), care se supun aceloraşi principii de condiţionare clasică şi/sau operantă ca şi cele exteriorizate (*overt behaviors*). Mai mult, spre deosebire de behaviorismul filosofic şi metodologic, aici comportamentele nu sunt condiţionate de acţiunea prealabilă a stimulilor, ci pot fi produse spontan de organismul uman, putându-se apoi asocia cu diverse situaţii-stimul, fără ca acest lucru să însemne că sunt cauzate de acestea. Reprezentatul acestui demers este Frederick Burhus Skinner (1904-1990), care, într-o anchetă a APA (Haggbloom, 2002), a fost desemnat drept cel mai influent psiholog al secolului XX.

După aceste precizări de nuanţă, putem spune că behaviorismul, în diversele sale forme, are o constantă: focalizarea trebuie făcută doar asupra răspunsurilor organismului uman care sunt observabile şi măsurabile în mod riguros, indirect şi dependent de organismul care le produce sau direct şi independent de organismul care le produce, cu influenţe directe din evoluţionism – Charles Darwin (1802-1889).

1.2.1.1.2. Behaviorismul în acţiune (sfârşitul secolului al XIX-lea – începutul secolului XX)

Această secţiune se bazează pe analiza făcută de Hawton, Salkovskis, Kirk şi Clark (1989, 1991), la care se adaugă contribuţiile noastre (David, 2003, 2003a, 2003b; David *et al.*, 2002; David *et al.*, 1998/2000) asupra modului în care behaviorismul (psihologia comportamentală) s-a transformat în terapie comportamentală (vezi şi Hergenhahn, 1986).

I. Principiul condiţionării clasice. Originile behaviorismului cu implicaţii în psihologie se află la începutul secolului XX, când fiziologul rus Ivan Pavlov (1849-1937) şi-a început studiile asupra învăţării (*condiţionării clasice*, numită de unii şi *pavloviană*), lucrând cu animale. Deşi acestea sunt cercetările prin care a devenit mai cunoscut, el a obţinut premiul Nobel (1904) pentru studiile asupra fiziologiei sistemului digestiv. În experimentele sale, Pavlov (1927) a observat că, asociind un *stimul neutru* (care nu declanşează nici un răspuns) cu un *stimul necondiţionat* (care produce în mod automat un anumit răspuns necondiţionat – comportament respondent), la un moment dat, stimulul neutru va declanşa şi el respectivul răspuns (*răspuns condiţionat*); trebuie însă menţionat că, deşi similare, răspunsurile necondiţionate şi cele condiţionate nu sunt identice. Stimulul necondiţionat este numit şi *întărire primară*, funcţia acestuia de a declanşa răspunsul necondiţionat fiind determinată genetic, ca urmare a evoluţiei speciei noastre. Un stimul condiţionat poate, la rândul său, întări ulterior un alt stimul neutru, devenind astfel *întărire secundară*; stimulul anterior neutru devine astfel stimul condiţionat care declanşează apoi un alt răspuns condiţionat; acesta este fenomenul de *condiţionare clasică de gradul doi* (*higher-order conditioning*). Astfel, De exemplu, într-o serie de experimente pe câini, Pavlov a arătat cum expunerea repetată la un stimul neutru (de exemplu, sunetul), urmat de un stimul necondiţionat (de exemplu, hrana), duce la declanşarea reflexului de salivaţie prin simpla expunere ulterioară a subiectului la cel dintâi stimul, devenit *stimul condiţionat* (existau însă diferenţe în concentraţia enzimelor din salivă între răspunsul condiţionat şi cel necondiţionat). Ulterior, prin *condiţionare clasică de gradul doi*, sunetul poate întări un alt stimul (de exemplu, mirosul specific) pentru a genera un răspuns condiţionat similar.

Legile contiguităţii şi frecvenţei, descrise anterior, explică, în concepţia lui Pavlov, fenomenul condiţionării clasice. Repetarea stimulului condiţionat în lipsa celui necondiţionat duce, în timp, la *extincţie* (dispariţia răspunsului condiţionat). După extincţie însă pot să apară fenomene de *recuperare spontană*, în care se restabileşte legătura stimul condiţionat – răspuns condiţionat.

În primele faze ale învăţării se manifestă adesea fenomenul de *generalizare a stimulului*; el se referă la faptul că stimuli similari celui condiţionat pot declanşa, la rândul lor, un răspuns similar celui condiţionat. Ulterior, ca urmare a întăririi stimulului condiţionat prin stimulul necondiţionat, apare fenomenul de *discriminare*, în care se elimină efectul de generalizare a stimulului.

Studiile experimentale ulterioare au deschis drumul aplicaţiilor în psihologie, demonstrând că şi răspunsurile emoţionale pot fi condiţionate. Astfel, asocierea repetată a unui stimul care produce frică (de exemplu, un stimul dureros) cu unul neutru (de exemplu, un stimul vizual) duce la posibilitatea declanşării fricii prin expunere la stimulul vizual. În plus, Pavlov introduce distincţia dintre *primul sistem de semnalizare* (*first-signal system*) – stimulii fizici la care răspundem prin

răspunsuri condiţionate şi/sau necondiţionate – şi *al doilea sistem de semnalizare* (*second-signal system*) – simbolurile stimulilor fizici, exprimate, bunăoară, lingvistic (de exemplu, cuvântul „hrană"), la care reacţionăm prin răspunsuri condiţionate. Trebuie spus foarte clar că procesul de condiţionare clasică poate include nu doar comportamente respondente simple, ci şi complexe, precum patternurile acţionale (Baum, 1994). De exemplu, câinii reacţionează adesea la prezenţa hranei (stimul necondiţionat) cu patternuri acţionale complexe (latră, dau din coadă, salivează). Pavlov era convins că întreaga diversitate a comportamentului uman se poate explica folosind constructele descrise mai sus. Rezultatele experimentelor obţinute de el stau aşadar la baza unuia dintre cele mai importante principii, înglobat şi în paradigmele de studiu ale psihologiei comportamentale – *condiţionarea clasică (pavloviană)*. Acestea fiind spuse, din consideraţie pentru corectitudinea istorică, trebuie menţionate trei lucruri.

În primul rând, cercetările psihologice ale lui Pavlov au fost stimulate de cadrul creat de Ivan Secenov (1829-1905), care a introdus în Rusia psihologia obiectivă, el argumentând primul că nu gândirea, ci stimulii determină comportamentul uman; recunoscând procesele mentale, dar fără a le atribui un impact asupra comportamentului, Secenov (1935) încearcă să le explice prin fiziologie. *În al doilea rând*, Pavlov nu era interesat de psihologie, văzând-o ca o abordare primitivă, subordonată fiziologiei, rezistând astfel multă vreme studierii condiţionării clasice şi aplicaţiilor acesteia în psihologia umană; atunci când s-a implicat în aceste cercetări, de la vârsta de 50 de ani până la moartea sa, era deja celebru în fiziologia digestivă, aşa că rezultatele sale în psihologie au fost diseminate şi acceptate rapid. În fine, *în al treilea rând*, Vladimir Behterev (1857-1927) este creditat cu descoperirea reflexului (răspunsului) condiţionat simultan cu Pavlov; el a fost interesat mai ales de comportamente respondente motorii (de exemplu, ale extremităţilor, respiraţia). Neavând însă notorietatea lui Pavlov, nu a fost receptat în mod adecvat de literatura de specialitate, deşi cercetările sale, comparativ cu ale lui Pavlov, sunt mai apropiate de psihologie. Dacă Watson (1933) ar fi descoperit mai întâi cercetările lui Behterev, probabil că psihologia americană l-ar fi asimilat şi promovat pe acesta, studiile sale fiind mai apropiate de psihologie şi de concepţia lui Watson asupra comportamentului (şi am fi vorbit probabil de condiţionare behtereviană, nu pavloviană!).

II. Principiul condiţionării operante. Urmând o linie de studiu asemănătoare, câţiva cercetători americani au pus bazele definirii următorului principiu fundamental al psihologiei comportamentale – *condiţionarea operantă/instrumentală*, numită de unii şi *skinneriană*. Spre deosebire de Pavlov, ei se focalizează asupra comportamentului operant.

Watson a fost acela care a orientat serios preocupările psihologiei americane în această direcţie, articolul său „Psychology as the behaviorist views it" (1913) fiind manifestul orientării. El a elaborat o psihologie stimul (S) – răspuns (R), tributară behaviorismului metodologic.

Stimulul putea fi orice influenţa activitatea unui analizator – mai simplu (spot luminos) sau mai complex (o situaţie de examen) –, iar comportamentele studiate erau cele exteriorizate. Cum ajungem să asociem un comportament cu anumite situaţii-stimul? Aşa cum am mai arătat, asocierile complexe între stimuli şi răspuns (comportament) sunt guvernate de legile contiguităţii (de exemplu, stimulii şi răspunsurile care apar împreună tind să se asocieze), frecvenţei (de exemplu, cu cât stimulii şi răspunsurile apar mai frecvent împreună, cu atât asocierea lor este mai puternică) şi recenţei (de exemplu, într-o situaţie-stimul tinde să se manifeste ultimul răspuns generat în situaţia respectivă), ele explicând complexitatea comportamentului uman.

William McDougall (1871-1938) este un caz mai aparte în familia behavioriştilor. Deşi se focalizează asupra comportamentului operant, el insistă pe comportamentele complexe, cărora le găseşte o explicaţie instinctuală (cu rădăcini evoluţioniste). În marea dispută cu Watson, „The Battle of Behaviorism" (Watson şi McDougall, 1929), care a avut loc la „Psychological Club" din Washington, în anul 1924, se pare că Watson a reuşit să convingă psihologii americani că explicaţiile pentru comportamentele umane, fie ele simple sau complexe, trebuie căutate în relaţia S-R, nu în instincte. Fructificând câştigarea disputei cu McDougall, Watson merge mai departe şi, în 1926, afirmă explicit: „…daţi-mi 12 nou-născuţi sănătoşi şi, utilizând principiile behavioriste, vă garantez că pe oricare dintre ei, luat la întâmplare, pot să-l pregătesc pentru a deveni medic, avocat, artist, comerciant şi, da, chiar hoţ, indiferent de talentul, tendinţele, abilităţile şi rasa strămoşilor săi…". Deşi la acea vreme această afirmaţie a împărţit comunitatea ştiinţifică în două (unii o considerau genială şi alţii o considerau o exagerare), ea a întărit mesajul behaviorist şi a redus influenţa grupului lui McDougall. La o analiză atentă, ea este perfect valabilă şi astăzi. Astfel, ştim că (Gleitman *et al.*, 2000): (1) rolul factorului genetic în performanţă este mai redus la oameni decât la animale şi (2) aptitudinile complexe necesare pentru exercitarea unei profesii nu sunt înnăscute. Factorul genetic stabileşte doar limita lor superioară şi inferioară, poziţionarea între limite fiind determinată de mediu; efectul factorului genetic este mai mare la nivelurile de excepţie ale unor aptitudini simple (de exemplu, urechea muzicală). Aşadar, chiar dacă la acea vreme, când se considera că efectul factorului genetic se poate exprima în aptitudini complexe (de exemplu, familiile de medici aveau copii care deveneau medici, fapt care, în loc să fie interpretat prin prisma educaţiei/modelării, era interpretat genetic!), afirmaţia lui Watson le-a părut exagerată unora, astăzi ea pare rezonabilă. Cel puţin putem spune cu certitudine: „Dacă aş avea 12 nou-născuţi sănătoşi, utilizând principiile psihologice, oricare dintre ei, luat la întâmplare, poate fi pregătit să devină un bun medic, avocat, artist, comerciant şi, da, chiar hoţ, indiferent de talentul, tendinţele, abilităţile şi rasa strămoşilor săi…". Nu am spus „foarte bun artist", ci „bun artist", căci nivelurile excepţionale ale aptitudinilor ar putea avea o componentă genetică în cazul unor profesii

(cum ar fi unele profesii artistice).

În aceeaşi perioadă, Edwin Guthrie (1886-1952), urmând linia S-R a lui Watson, a explicat comportamentul operant pe baza legii contiguităţii şi a recenţei S-R; spre deosebire de Watson, el a renunţat însă la legea frecvenţei. Astfel, după Guthrie (1930, 1934), o simplă asociere între stimul (S1) şi răspuns (R1) este suficientă pentru învăţare; consecinţele comportamentului nu fac altceva decât să schimbe situaţia-stimul iniţială (din S1 în S2), astfel că, la o nouă expunere la stimulul iniţial (S1), se va declanşa, pe baza legii recenţei, comportamentul operant ţintă (R1); această perspectivă a devenit influentă în teoriile matematice ale învăţării (Estes, 1950).

În anii ’20 se dezvoltă o altă variantă a psihologiei behavioriste: răspuns (R) –stimul (S), tributară mai ales behaviorismului radical. Altfel spus, comportamentele noastre nu sunt condiţionate de stimulii care le precedă, ci de stimulii care le succedă (consecinţe), stimuli definiţi mai târziu ca întăriri şi pedepse. Astfel, pe baza unei suite de experimente efectuate pe animale, Edward Thorndike (1874-1949) a formulat *legea efectului* (Thorndike, 1916), care arată că acele comportamente operante care sunt urmate de consecinţe pozitive (*satisfying state of affairs*; *reward*) au tendinţa să îşi crească ocurenţa (de exemplu, frecvenţa, intensitatea, durata etc.), în timp ce comportamentele operante care nu sunt urmate de consecinţe pozitive şi/sau sunt urmate de consecinţe negative (*annoying state of affairs*; *punishment*) tind să-şi reducă ocurenţa. Problema cu această conceptualizare este că definiţia consecinţelor este una circulară: o consecinţă este pozitivă dacă creşte ocurenţa unui comportament şi creşte ocurenţa unui comportament deoarece este pozitivă. În plus, ea includea ca explicaţie termeni „mentalişti”, subiectivi, precum „consecinţă pozitivă”, „satisfacţie” etc.

Înscriindu-se în aceeaşi psihologie R-S, în anii ’30, Clark Hull (1884-1952) detaliază această lege. El soluţionează şi problema definiţiei circulare, arătând că toate consecinţele pozitive se referă, de fapt, la reducerea unei „tensiuni” (*drive*). Altfel spus, o nevoie biologică (*biological need*) – de exemplu, nevoia de hrană – creează o stare de tensiune (*drive*) – de exemplu, foamea – despre care, dacă este redusă printr-un comportament operant (a mânca), spunem că întăreşte acel comportament în situaţii specifice; aşadar, deşi se elimină circularitatea, rămâne totuşi un element mentalist de „reducere a tensiunii”, lucru inacceptabil pentru „behavioriştii adevăraţi”, cum vom vedea la Skinner. Astfel, după Hull (1943), probabilitatea unui comportament (PC) este dată de „tensiune” (D) şi de „tăria asocierii stimul-răspuns” (*habit strenght*; *sHr*), după formula: PC = sHr × D. Observăm în această formulă că dacă tensiunea este 0 sau tăria asocierii este 0, comportamentul nu va apărea. Merită amintit faptul că Hull a fost primul şi ultimul din istoria psihologiei care a încercat construirea acesteia pe un sistem ipotetico-deductiv, pornind de la principii stabilite pe baza datelor experimentale, din care a dezvoltat teoreme ce urmau să genereze predicţii testabile, susţinând astfel o dezvoltare cumulativă a psihologiei. Rigoarea şi

inflexibilitatea unui astfel de demers (dacă s-ar fi acceptat acest demers, toate cercetările din psihologie ar fi trebuit focalizate şi coordonate astfel încât să testeze teoremele avansate) nu au fost însă pe gustul psihologilor, astfel că el a fost abandonat şi niciodată reluat (deşi ideea este interesantă!).

Pornind de la constatările colegilor săi (mai ales ale lui Thorndike), Skinner (1953, 1974) ridică psihologia R-S la un nivel de sofisticare nemaiatins anterior şi o transformă apoi în psihologie S-R-S. Să analizăm contribuţiile sale. El a început prin a detalia şi rafina legea efectului, arătând că „întărirea" (care, aşa cum am văzut, este de fapt un stimul care urmează, nu care precedă un comportament) se defineşte întotdeauna prin consecinţele pe care le are asupra comportamentului operant, şi a articulat cea de-a doua paradigmă experimentală esenţială în psihologia comportamentală (a *condiţionării operante/instrumentale*), prin definirea conceptelor de *întărire* şi *pedeapsă*. Astfel, comportamentul operant este urmat de diverse consecinţe (stimuli). Ca urmare a evoluţiei speciei, două tipuri de consecinţe (primare) ale comportamentului operant sunt fundamentele în influenţarea acestuia: (1) întărirea (*reinforcer* sau *positive reinforcer*) – de exemplu, hrană, sex – şi (2) pedeapsa (*punisher* sau *negative reinforcer*) – de exemplu, frig, arsură, lipsa hranei. Procesul prin care o întărire (*positive reinforcer*) creşte ocurenţa comportamentului care o produce se numeşte *proces de întărire pozitivă* (*positive reinforcement*). Procesul prin care o pedeapsă (*punisher*/*negative reinforcer*) creşte ocurenţa comportamentului care o elimină se numeşte *proces de întărire negativă* (*negative reinforcement*); dacă ea creşte ocurenţa comportamentului care o previne, atunci procesul se numeşte *proces de evitare* (*avoidance*). Procesul prin care o pedeapsă (*punisher*/*negative reinforcer*) reduce ocurenţa comportamentului care o produce se numeşte *proces de pedepsire* (*punishment*); o variantă a acestui *proces de pedepsire* este acela prin care o întărire (*positive reinforcer*) reduce ocurenţa comportamentului care o elimină. Altfel spus, orice comportament are o consecinţă. Dacă acea consecinţă se referă la apariţia a ceva (de exemplu, hrană) şi acel ceva creşte ocurenţa comportamentului (un şoarece apasă pe o pedală pentru a primi hrană), vorbim despre procesul de întărire pozitivă. Dacă acea consecinţă se referă la apariţia a ceva (cum ar fi frigul) şi acel ceva scade ocurenţa comportamentului, vorbim despre procesul de pedepsire. Dacă acea consecinţă se referă la dispariţia a ceva (frigul, de exemplu) şi acea dispariţie duce la creşterea ocurenţei comportamentului, vorbim despre procesul de întărire negativă (cu varianta procesului de evitare). În fine, dacă acea consecinţă se referă la dispariţia a ceva (hrană) şi acea dispariţie duce la scăderea ocurenţei comportamentului, atunci vorbim despre procesul de pedepsire. Se observă aşadar că întărirea pozitivă (*positive reinforcer*) şi pedeapsa (*punisher*/*negative reinforcer*) sunt definite doar de efectul lor asupra comportamentului, nu în termeni circulari şi/sau mentalişti de

consecinţe (subiective) pozitive sau negative, ca în legea efectului a lui Thorndike.

Aşa cum spuneam, relaţia dintre întărirea primară (*primary reinforcer*), respectiv pedeapsa primară (*primary punisher*) şi comportamentul operant este determinată genetic, pe linia evoluţiei speciei; aşadar ele au şi funcţia de stimuli necondiţionaţi, putând declanşa răspunsuri necondiţionate; de exemplu, atunci când şoarecele apasă pe pedală pentru a primi hrană, el şi salivează. O întărire primară (hrană), prin asociere (condiţionată) cu un stimul neutru (sunet), poate transforma stimulul respectiv într-o *întărire secundară* (de exemplu, sunetul devine întărire). Eliminarea întăririlor duce adesea la fenomenul de *extincţie*, adică se reduce ocurenţa unui comportament operant; acesta este un fenomen care se subsumează aşadar celui de pedepsire.

Apariţia unui comportament operant, spre deosebire de cel respondent, nu este condiţionată de prezenţa unor stimuli. Comportamentele operante pot fi produse de organism în mod spontan, ulterior ele fiind controlate de stimulii care le urmează, stimuli numiţi consecinţe (întăriri şi pedepse). Aşadar mediul selectează comportamente prin consecinţele pe care le conţine. Altfel spus, mediul, prin întăririle şi pedepsele pe care le presupune, ne impune o anumită deschidere operaţională (ce comportamente este probabil să efectuez). Comportamentele mai complexe sunt învăţate prin *aproximări succesive* (*shaping*) şi/sau prin *combinarea* unor comportamente mai simple din repertoriul subiectului (*chaining*), prin jocul consecinţelor.

Acestea fiind spuse, trebuie înţeles faptul că stimulii pot altera jocul comportament operant – consecinţe (întăriri şi pedepse; R-S). Astfel, dacă întărirea unui comportament operant are loc doar în prezenţa unui anumit stimul (*fenomenul de prompting*), atunci acel comportament operant devine un *comportament operant discriminat*, care va apărea doar în prezenţa respectivului stimul, iar stimulul devine un *stimul discriminativ sau discriminant* (*discriminative stimulus*); iată aşadar că am ajuns la psihologia S-R-S. În aceste condiţii, la fel ca în cazul condiţionării clasice, apar efectele de *generalizare a stimulului* (în primele faze ale învăţării), iar ulterior, de *discriminare*.

Pe baza principiilor condiţionării operante descrise de Skinner au fost create mai târziu programe complexe de oferire a întăririlor şi pedepselor în cazul subiecţilor umani, Skinner considerând că aceste mecanisme pot explica pe deplin răspunsurile omului. Într-adevăr, chiar în cazul animalelor, acest principiu poate genera comportamente complexe. De exemplu, un şoarece este învăţat să apese pe o pedală pentru a primi hrană. Apoi învaţă să facă acest lucru doar dacă se aprinde un bec; ulterior, poate învăţa să dea în lături o perdea, ceea ce duce la aprinderea becului, după care apasă pe pedală pentru a obţine hrana. Pe baza aceloraşi principii, porumbeii au fost învăţaţi să joace tenis de masă şi baschet, constituind atracţii turistice, iar în armată, să ghideze bombe inteligente către inamic (vezi Herhenhahn, 1986). Toate acestea sunt secvenţe complexe de comportament! Skinner a expus în două lucrări fascinante, indicate oricui studiază comportamentul uman, modul în care aceste principii pot deveni tehnologii psihologice de organizare socială:

Walden Two (1948) – o nuvelă remarcabilă – şi *Beyond Freedom and Dignity* (1971).

III. Integrarea condiţionării clasice (pavloviene) cu cea operantă/instrumentală (skinneriană). În concluzie, diferenţa fundamentală dintre condiţionarea clasică şi cea operantă constă în tipul comportamentului la care se referă (respondent *vs* operant) şi în factorii determinanţi ai acestuia (stimuli-antecedenţi *vs* stimuli-consecinţe). Să ne amintim însă că stimulii-consecinţă (hrana) pot avea şi funcţia de stimuli-antecedenţi (hrana), determinanţi ai unor răspunsuri necondiţionate (salivaţie); aşadar, deşi factorii determinanţi pot să fie uneori aceiaşi (hrana), contează momentul intervenţiei lor (înainte de comportamentul respondent, respectiv după comportamentul operant). Ambele constituie principii de bază în modelarea comportamentelor umane şi animale.

Integrarea lor a fost elegant efectuată mai târziu prin cercetările lui Hull (1943) şi Hobart Mowrer (1960). Astfel, într-un model bifactorial, s-a arătat că frica faţă de un stimul specific, dobândită, de exemplu, prin condiţionare clasică, este apoi menţinută prin condiţionare operantă, prin apariţia unui comportament operant de evitare a stimulului specific, care este întărit negativ. În plus, Richard Solomon (1918-1995) şi Lyman Wynne (1969-2000) au arătat (Solomon şi Wynne, 1953) că acele condiţionări care presupun asocierea unui stimul neutru cu un stimul extrem de aversiv duc la comportamente evitative foarte rezistente la extincţie. În fapt, efectul pedepsei (şoc electric) asupra unui comportament (consumul de alcool) poate fi explicat prin condiţionare clasică şi întărire negativă. Altfel spus, comportamentul-ţintă (de exemplu, consumul de alcool) devine stimul condiţionat pentru un răspuns condiţionat (frică), care este înlocuit apoi cu comportamentul de evitare a alcoolului, prin întărire negativă.

1.2.1.1.3. De la behaviorism la terapia comportamentală (aproximativ anii ’20-’50)

Skinner a emis doar speculaţii asupra aplicaţiilor clinice ale principiilor condiţionării clasice şi operante, fără a-şi transpune ideile în practica clinică. Anii ’20-’50 au adus însă o generaţie de specialişti în sănătate mentală interesaţi de impactul acestor idei asupra intervenţiei pentru prevenirea şi corectarea unor probleme psihice.

Una dintre primele aplicaţii ale principiilor psihologiei comportamentale (behavioriste) la starea/problemele de anxietate este experimentul derulat de Watson şi Rosalie Rayner (1899-1935) în 1920, la Johns Hopkins University, cunoscut sub numele de „cazul micului Albert” (Watson şi Rayner, 1920). Albert era un băieţel de 11 luni căruia i s-a indus o reacţie fobică la contactul cu un şobolan alb, prin asocierea acestui stimul, iniţial neutru, cu un zgomot puternic. Răspunsul

condiţionat a putut fi ulterior generalizat (extins la stimuli albi asemănători). „Cazul micului Albert” este o replică behavioristă la „cazul micului Hans”, descris în literatura psihanalitică. Hans era un băieţel de 5 ani care a dezvoltat o fobie faţă de cai (extinsă ulterior şi la alte animale), probabil în urma unui accident în care a văzut, printre altele, un cal prăbuşindu-se. Explicaţia psihanalitică spunea că teama apare ca urmare a „fricii de castrare”, în cadrul complexului Oedip. Atracţia copilului faţă de mamă este pusă în pericol de prezenţa tatălui, care induce copilului o frică de castrare şi dorinţa inconştientă de a-şi vedea tatăl (competitorul) mort. Acest conflict bazal se rezolvă, de obicei, prin identificarea copilului cu tatăl, el scăpând astfel de ameninţarea acestuia. Nerezolvat, conflictul bazal poate sta la originea unor probleme psihologice. Frica de cai este, de fapt, o expresie a conflictului bazal nerezolvat. Caii simbolizează forţă, masculinitate, elemente asociate tatălui; aşadar *conflictul bazal* se transpune simbolic în *conflict actual*, exprimat prin frica de cai!

Deşi interesantă din punct de vedere literar şi cultural, abordarea psihanalitică nu are nici un suport ştiinţific; „cazul micului Albert” sugerează un alt mecanism al fobiilor, verificat ştiinţific: condiţionarea clasică! Micul Albert a devenit astfel unul dintre vârfurile de lance în promovarea terapiei comportamentale, într-un moment când comunitatea psihoterapeutică era dominată de psihanaliză. Să remarcăm că acest caz este o ilustrare a unor principii deja verificate în laborator, pornind de la care se vor elabora ulterior teorii şi proceduri noi, testate în studii clinice controlate. Prin contrast, „cazul micului Hans” este o ilustrarea a unor principii care nu au fost niciodată verificate şi/sau testate în mod riguros. Mai mult, pornind de la el, teoria psihanalitică va fi îmbogăţită, dar în loc să fie testată serios, ea va fi argumentată adesea tot prin „cazul micului Hans” (demers circular, invalid logic); „cazul micului Hans” poate ilustra o teorie sau poate contribui la construcţia unei teorii, dar nu la testarea ei! Aşadar, revenind la „cazul micului Albert”, pentru ca efectul să fie complet, nu ajunge să arătăm că se poate induce experimental o fobie, ci este nevoie să arătăm şi că ea poate fi eliminată, controlând mecanismul prin care a fost produsă. În „cazul micului Albert”, acest lucru nu s-a putut realiza, deoarece el a fost externat şi a părăsit localitatea; astăzi, un astfel de studiu ar fi interzis prin deontologia profesională.

Mai târziu însă, în 1924, Mary Cover Jones (1897-1987), elevă a lui Watson, a folosit rezultatele obţinute de profesorul său pentru a elabora o intervenţie de tip comportamental în cazul unui băieţel de trei ani care se temea de şobolani şi iepuri – „cazul micului Peter” (vezi Spiegler şi Guevremont, 1993). După mai multe încercări, Jones a constatat că sunt două metode mai eficiente. Prima consta în expunerea copilului la stimulul fobic în prezenţa altor copii care nu se temeau de şobolan şi se jucau cu el; în consecinţă, este posibil ca băieţelul să fi înţeles că şobolanul nu este periculos. Această procedură a fost utilă în ameliorarea fobiei, dar, din păcate, Peter a fost externat înainte de se încheia tratamentul şi de a se remite complet fobia. Ulterior a revenit la spital cu fobia

accentuată. Intervenţia lui Jones s-a bazat atunci pe expunerea copilului la stimulul fobic în timp ce era recompensat cu hrana preferată, pentru ca acesta să înveţe o nouă asociere a iepuraşului cu un răspuns plăcut (alimentarea). Cele două proceduri identificate de Jones au fost mai târziu completate şi rafinate, devenind metode de intervenţie terapeutică: „modelarea participativă" – Albert Bandura (n. 1925) –, prima, şi „desensibilizarea progresivă" – descrisă şi detaliată de Joseph Wolpe (1915-1997) –, cea de-a doua.

În încercarea de a integra principiile psihologiei comportamentale în tratamentele psihoterapeutice adresate copiilor, Mowrer a elaborat, începând cu 1935, un program de intervenţie pentru enurezisul nocturn, bazat pe condiţionarea clasică, program care s-a desfăşurat la New Haven Children's Center, SUA (Mowrer şi Mowrer, 1938). Enurezisul a fost conceptualizat ca incapacitatea subiectului de a se trezi atunci când are loc dilatarea vezicii urinare (senzaţia de vezică plină). Dilatarea vezicii urinare (începutul urinării) a fost asociată cu trezirea, produsă de un mecanism format dintr-o sonerie care se activa, trezind subiectul, atunci când acesta începea să urineze. Trezirea duce la contracţia sfincterului şi la oprirea urinării. După câteva asocieri de acest tip, enurezisul era remis. Ceea ce a avut impact la acea vreme a fost nu doar eficienţa procedurii (utilizată şi astăzi), ci şi conceptualizarea comportamentală a tulburării.

În anii '50, în Africa de Sud, Wolpe şi colaboratorul său Arnold Lazarus (n. 1932) au continuat experimentele predecesorilor lor asupra anxietăţii induse experimental, lucrând cu pisici. Wolpe a observat că, în cazul unui animal care primea un şoc electric atunci când era pe punctul de a mânca, ulterior declanşau frica şi în alte situaţii similare cu cea de alimentare. Wolpe a propus o explicaţie neurofiziologică pentru acest fenomen: deoarece hrănirea a fost inhibată de situaţiile care declanşau frică, cele două răspunsuri, de hrănire şi de frică, sunt reciproc inhibitorii (*reciprocally inhibiting*). Aceasta a condus la ideea că hrănirea poate anula frica. Treptat, hrănind animalul în condiţii tot mai apropiate de cele care declanşau frica, el a observat că se elimina starea de frică. Important este ca răspunsul alternativ celui de frică să fie mai puternic decât cel pe care dorim să-l inhibăm (frica); acest lucru se poate face prin expunerea la stimulul fobic (gradat în funcţie de intensitate, începând cu intensitate mică) concomitent cu prezenţa unui stimul care produce un răspuns necondiţionat de hrănire. Cercetările sale ulterioare l-au determinat pe Wolpe să conchidă că şi alte comportamente (nu doar hrănirea) – ca răspunsurile asertive, răspunsurile sexuale sau relaxarea musculară – pot fi utilizate în remiterea fobiilor, fiind reciproc inhibitorii cu răspunsul de frică. Lucrarea sa *Psychotherapy by reciprocal inhibition* (1958), în care sintetizează aceste idei, este una clasică în domeniul psihoterapiei. Una dintre cele mai eficiente şi utilizate proceduri de relaxare musculară în tulburările de anxietate a fost elaborată, în 1938, de Edmond Jacobson (1888-1983), procedură de relaxare (Jacobson, 1938) care îi poartă numele şi care rămâne

probabil până astăzi cea mai des utilizată în practica clinică.

Ca urmare a maturizării ei, anii ’50 au adus şi primele tentative de integrare în abordarea comportamentală a unor elemente specifice altor forme de terapie. Astfel, John Dollard (1900-1980) şi Neal Miller (1909-2002), în lucrarea clasică *Personality and Psychotherapy* (1950), au reinterpretat unele dintre aspectele teoriei analitice în termenii teoriei învăţării, care lipsea în abordarea lui Sigmund Freud (1856-1939). De exemplu (vezi şi Udolf, 1981): (1) transferul poate fi interpretat ca un aspect specific al fenomenului de generalizare a stimulului (a învăţării); (2) represia poate fi un comportament învăţat, deoarece este întărită negativ prin reducerea anxietăţii; (3) tehnica asocierilor libere este folositoare pentru obţinerea de material inconştient, deoarece pacientul interpretează acceptarea de către psihoterapeut a verbalizărilor sale ca iertare şi, prin urmare, teama asociată cu aceste idei se reduce; (4) pe baza unor dezvoltări şi mai complexe (Stein şi Young, 1992), putem spune astăzi că interpretarea psihanalitică este utilă chiar dacă nu este adevărată, deoarece oferă pacientului o istorie coerentă de viaţă. Să oferim un astfel de exemplu de asimilare în terapia comportamentală. În laborator este clasic fenomenul în care dacă un porumbel învaţă să lovească cu ciocul o bulină de culoare albastru-închis, ulterior el va lovi şi o bulină de culoare albastru-deschis. Altfel spus, apare fenomenul de generalizare a stimulului. Transferul psihanalitic este definit ca un răspuns psihoemoţional şi comportamental faţă de terapeut, răspuns pe care pacientul l-a învăţat faţă de persoanele semnificative din copilărie şi care reflectă o generalizare a stimulului. Într-adevăr, în psihanaliză relaţia terapeutică este astfel construită încât să aproximeze relaţiile de autoritate dintre pacient (ca fost copil) şi persoanele semnificative din copilăria sa, ceea ce duce, prin mecanismul de generalizare a stimulului, la fenomenul de transfer. Explicaţia psihanalitică pentru fenomenul de transfer susţinea că „libidoul” pacientului se „defixează” de pe persoana semnificativă din prima copilărie şi se „fixează” asupra terapeutului. Evident că aceste constructe („libido”, „defixare”, „fixare” etc.) nu sunt măsurabile, ceea ce face ca explicaţia psihanalitică să fie una caraghioasă şi neştiinţifică. În schimb, recunoscând fenomenul de transfer la nivel descriptiv, abordarea behavioristă l-a explicat pe baza unui principiu clar demonstrabil în laborator – generalizarea stimulului.

Treptat, noile principii şi metode de intervenţie au început să capteze interesul tot mai multor psihologi şi psihiatri, care s-au implicat din ce în ce mai mult în studierea şi dezvoltarea abordării comportamentale a problemelor psihice. Specialiştii în sănătate mentală din Marea Britanie (mai ales cei de la Maudsley Hospital) şi-au adus şi ei contribuţia, prin studiile şi intervenţiile lui Hans Eysenck (1916-1997), la eficienţa psihoterapiei (metaanaliza sa *The effects of psychotherapy: An evaluation*, 1952, atrăgând atenţia asupra limitelor psihanalizei şi a nevoii unei alternative la aceasta), iar prin studiile lui Stanley Rachman (Rachman şi Teasdale, 1970), la terapia aversivă (de exemplu, utilizarea pedepselor pentru controlul comportamentului) şi ale lui Marc Shapiro

asupra experimentului cu un singur subiect (Shapiro, 1961). Astfel, în anii ’60, studiile care utilizau ca metodologie experimentul cu un singur subiect au permis investigarea eficienţei tehnicilor bazate pe principiile învăţării pentru un număr mare de probleme psihice, reducând distanţa existentă la acea dată între cercetarea fundamentală şi practica clinică.

1.2.1.1.4. Apogeul terapiei comportamentale (anii ’50-’60)

La începutul anilor ’50, Ogden Lindsey (1922-2004), care colaborase cu Skinner la Harvard University, va încerca să utilizeze condiţionarea operantă în tratamentul pacienţilor cu probleme psihiatrice (Lindsey, 1956). Deşi încă nu existau metode sistematice şi riguroase de intervenţie comportamentală în cazul acestor pacienţi, meritul lui Lindsey este de a fi arătat că şi comportamentul lor poate fi influenţat prin administrarea de recompense. Totodată, el se numără printre primii (alături de Hans Eysenck şi Arnold Lazarus) care au descris utilizarea sistematică a principiilor învăţării în tratamentul problemelor psihice şi care au folosit sintagma „terapie comportamentală” (*behavior therapy*). Asocierea termenului „terapie” cu cel de „comportamental” a fost un mare câştig, behavioriştii ortodocşi încercând să promoveze sintagma „modificare comportamentală” (*behavior modification*), pentru a evita orice legătură cu termeni mentalişti ca „terapie” (utilizarea sintagmei „psihoterapie comportamentală” nici nu era de conceput). În aceeaşi perioadă, Teodoro Ayllon (Ayllon, 1963) va explora utilitatea modelării comportamentale prin utilizarea recompenselor, ajungând să elaboreze în 1961, împreună cu Nathan Azrin, tehnica economiei de jetoane (*token economy*), larg folosită în prezent în cazul pacienţilor din secţiile de psihiatrie, pentru declanşarea şi menţinerea comportamentelor de autoîngrijire şi a celor prosociale (Ayllon şi Azrin, 1968). Utilizată pentru prima dată la Anna State Hospital (Illinois, SUA), această metodă inovatoare presupune restructurarea mediului spitalicesc astfel încât schimbarea comportamentului pacienţilor să fie susţinută în mod sistematic. Ea se bazează pe acordarea de recompense sub forma unor jetoane, care pot fi schimbate ulterior pe obiecte dorite de pacienţi sau pe activităţi recompensante. Metoda punctează, pe de o parte, faptul că modelarea comportamentală este posibilă chiar şi în cazul unor pacienţi cu psihoze grave sau cu deficit intelectual. Pe de altă parte, ea permite calibrarea recompensei în funcţie de specificul pacientului, de accentuarea rolului recompenselor sociale, de generalizarea unor răspunsuri dezirabile, precum şi de responsabilizarea pacienţilor pentru propriile comportamente (pozitive sau negative), pregătindu-i astfel pentru reintegrarea în viaţa familială şi socială.

În anii ’60, terapia comportamentală va atinge un nou nivel de dezvoltare prin rezultatele activităţii lui Albert Bandura. Acesta dezvoltă teoria învăţării sociale (Bandura, 1974, 1977),

înglobând atât principiile condiţionării clasice şi operante, cât şi pe cele ale *învăţării prin modelare* (învăţare observaţională/vicariantă; *vicarious learning*), care stipulează că, uneori, oamenii îşi schimbă comportamentul observând comportamentele şi reacţiile celor din jur. Aşadar noi învăţăm fie din propriul nostru comportament şi consecinţele sale (cum sugera behaviorismul), fie observând comportamentul altora şi consecinţele acestuia. Ceea ce se învaţă sunt expectanţe (*expectancies*; predicţii) – la ce să ne aşteptăm să se întâmple dacă adoptăm un anumit comportament. Autoeficacitatea (*self-efficacy*) – cât de eficient cred că voi fi în a adopta un anumit comportament – este expectanţa fundamentală în apariţia comportamentului operant. Similar, Julian Rotter (n. 1916) arătase deja că comportamentul operant poate fi descris prin formula BP = f(E şi RV), unde BP (*behavior potential*) este potenţialul de a adopta un comportament operant, care este funcţie (f) de expectanţa (E), învăţată pe baza asocierilor anterioare, că acel comportament va produce o anumită consecinţă (întărire), care are o anumită valoare subiectivă, RV (*reinforcement value*) (Rotter, 1960). Această formulă este traductibilă în şi similară cu cea a lui Hull. Punctând rolul trăirilor subiective (să ne reamintim de legea efectului a lui Thorndike!) şi al procesărilor cognitive în modelarea comportamentului, Bandura şi Rotter sunt printre primii cercetători care depăşesc limitele behaviorismului, deschizând etapa restructurărilor şi a integrării noilor idei ale cognitivismului, aflat în faza sa de debut. Demersurile lor au fost deja anticipate (anii ’40-’50) de Edward Tolman (1886-1959), care, behaviorist fiind, a introdus constructele „hartă cognitivă” şi „expectanţe” pentru a explica comportamentul operant, dezvoltând astfel o psihologie stimul (S) – stimul (S) (Tolman, 1948). Astfel, dacă trebuie, de exemplu, să parcurgem un labirint, în prima fază dezvoltăm ipoteze (de exemplu, dacă o iau la dreapta, găsesc mâncare); ulterior, ca urmare a confirmării ipotezei, aceasta devine expectanţă (de exemplu, mă aştept ca, dacă o iau la dreapta, să găsesc mâncare), iar dacă se menţine confirmarea, ea ajunge credinţă (*belief*) – de exemplu, ştiu că dacă o iau la dreapta, găsesc mâncare. Prin aceste procese se dezvoltă o hartă cognitivă a situaţiei (un amestec de stimuli şi relaţiile dintre ei: harta cognitivă ne spune că după stimulul S1 urmează stimulul S2 etc.), care explică comportamentele noastre operante! Tolman face o diferenţă fundamentală între învăţare şi performanţă (transformarea învăţării în comportament operant); învăţarea are loc mereu, dar traducerea ei în performanţă depinde de starea motivaţională. În acest model, întărirea nu se referă la altceva decât la procesul de confirmare, prin comportamentul nostru operant, a ipotezelor, expectanţelor şi credinţelor pe care le avem, adică a hărţii cognitive, ea nefiind aşadar importantă pentru învăţare, ci pentru performanţă. Ţinând cont că Tolman a făcut studii mai ales pe animale, behavioriştii (de exemplu, Hull) i-au reproşat, pe drept cuvânt, că „a înecat şoarecii în gânduri”. Bandura, Rotter şi Tolman au iniţiat, prin contribuţiile lor, o variantă mai complexă de behaviorism, numită neobehaviorism, care anticipează deja abordarea cognitivă. Aşadar, în anii ’60, ca urmare a fundamentării sale ştiinţifice prin studii clinice controlate, şi nu

prin studii de caz, clasice (ca, de exemplu, „micul Albert”, „micul Peter”) sau mai puţin clasice, terapia comportamentală dobândise deja notorietate, literatura de specialitate cuprinzând un număr în continuă creştere de studii care îi dovedeau eficienţa pentru un număr mare de probleme clinice şi subclinice. În acea perioadă, terapiile de tip comportamental devin tratamentul de elecţie pentru majoritatea tulburărilor mentale şi de comportament: anxietate, probleme de ordin sexual – vezi activităţile influente ale lui William Masters (1915-2001) şi Virginia Johnson (n. 1925) (Masters şi Johnson, 1979) în optimizarea performanţei atletice, creşterea complianţei la tratamentele medicamentoase, ameliorarea calităţii vieţii persoanelor imobilizate sau în vârstă. De asemenea, principiile abordării comportamentale au stat la baza a numeroase programe de intervenţie pentru optimizarea educării copiilor, prevenţia comportamentului infracţional, prevenţia unor comportamente cu risc crescut pentru sănătatea populaţiei. O aplicaţie extrem de importantă a abordării comportamentale este utilizarea tehnicii biofeedback în ameliorarea tulburărilor somatice, aplicaţie denumită de Lee Birk, în 1973, *medicină comportamentală* (Lee, 1973). Această ramură interdisciplinară, care aparţine în egală măsură medicinei şi psihologiei, implică astăzi mai multe lucruri: aplicarea principiilor fiziologiei în tratamentul bolilor somatice, al bolilor cu etiologie psihologică, precum şi intervenţiile în modificarea factorilor de risc pentru boli somatice.

În anii ’60, studiile ştiinţifice aduseseră deja suficiente argumente în favoarea eficienţei terapiei comportamentale, astfel că atenţia comunităţii ştiinţifice internaţionale a început să se îndrepte spre eşecurile acesteia şi spre alternativele posibile. Întrebarea care se ridica în acel moment viza limitele intervenţiei comportamentale şi posibilele direcţii de dezvoltare pentru viitor. O serie de semne de îndoială veneau, de exemplu, dinspre insuccesele în cazul tulburărilor depresive. Mai mulţi teoreticieni şi practicieni ai terapiei comportamentale abordaseră această categorie nosologică. Astfel, în 1974, Peter Lewinsohn arătase că trăirea depresivă, precum şi comportamentale asociate au drept cauză o reducere drastică în rata întăririlor (Lewinsohn, 1975). În consecinţă, tratamentul depresiei se baza preponderent pe reintroducerea activităţilor recompensante (Hammen şi Glass, 1975). Rezultatele concrete arătau însă că, deşi depresivii îşi schimbă uneori comportamentul, ajungând să primească mai multe recompense pentru acesta, ei persistă în tendinţa de a-şi minimaliza reuşitele şi de a se autoevalua negativ. Martin Seligman (n. 1942) introduce conceptul de *neajutorare învăţată* (*learned helplessness*) (Seligman, 1975). Expunerea repetată la evenimente incontrolabile (mai ales negative) ne „învaţă” că nu există legătură între ceea ce facem şi ceea ce se întâmplă, fenomenul produs numindu-se *neajutorare învăţată*. Dacă un animal este supus la şocuri electrice de care nu poate scăpa, după un timp învaţă că ceea ce i se întâmplă nu depinde de ce face şi că nu poate controla ceea ce i se întâmplă; dacă

după ce învaţă acest lucru este supus din nou la şocuri electrice, de care poate însă scăpa dacă adoptă un comportament-ţintă, spre deosebire de animalele cărora nu li s-a indus anterior *neajutorarea învăţată*, nu învaţă acest comportament-ţintă. Neajutorarea învăţată este similară depresiei, deoarece presupune un comportament pasiv, expectanţe negative şi lipsă de speranţă (*hopelessness*). Seligman (1975, 1998) a sugerat că neajutorarea învăţată este un mecanism al depresiei. Cercetările ulterioare au arătat că, în cazul subiecţilor umani, neajutorarea învăţată este un fenomen mai complex, implicând prelucrări informaţionale. Astfel, ea depinde de atribuirile pe care le facem evenimentelor incontrolabile (vezi Baum *et al.*, 1997); numai dacă facem atribuiri globale (de exemplu, incontrolabilitatea apare în situaţii diverse), stabile (de exemplu, incontrolabilitatea este stabilă) şi interne (de exemplu, eu sunt responsabil pentru incontrolabilitate), evenimentele incontrolabile generează neajutorare învăţată. Dacă atribuirile sunt specifice (incontrolabilitatea este punctuală), instabile (incontrolabilitatea este temporară) şi externe (incontrolabilitatea se datorează altora sau vieţii), neajutorarea învăţată nu apare. Mai mult, în cazul subiecţilor umani, evenimentele incontrolabile generează iniţial reactanţă (de exemplu, efortul intenţionat de a redobândi controlul; vezi Brehm, 1966) şi doar dacă nu reuşim să le aducem sub control ajungem la neajutorare învăţată, prin atribuirile globale, stabile şi interne (Baum *et al.*, 1997).

1.2.1.2. Noua cale: terapia cognitivă (anii ’60)

Cu toate că în domeniul clinic au existat autori influenţi care au reliefat rolul factorilor cognitivi în generarea răspunsurilor subiecţilor umani – de exemplu, Alfred Adler (1870-1937), Karen Horney (1885-1952), George Kelly (1905-1967) –, ei nu conceptualizau acest lucru ca demers de sine stătător şi/sau central. Primul profesionist care a promovat acest demers cognitiv ca pe unul de sine stătător şi central pentru abordarea clinică a fost psihologul american Albert Ellis (1913-2007). Prin articolul său „Rational Therapy” din *Journal of General Psychology* (1958) şi apoi prin lucrarea sa, devenită clasică în istoria psihoterapiei, *Reason and Emotion in Psychotherapy* (1962), Albert Ellis pune bazele paradigmei cognitive în domeniul clinic (şi dobândeşte între colegii săi şi în literatura de popularizare apelativul de „prinţ al raţiunii” – *prince of reason*). Sigur că reuşita lui a fost favorizată de schimbarea fundamentală care a avut loc în psihologie, şi anume „revoluţia cognitivă”, iniţiată şi promovată de Noam Chomsky (n. 1928), George Miller (1920-2012), Alan Newell (1927-1992) şi Herbert Simon (1916-2001), schimbare statuată ca paradigmă de sine stătătoare prin lucrarea fundamentală a lui Ulrich Neisser (1928-2012) *Cognitive Psychology* (1967).

Prima formă de terapie cognitivă a fost aşadar psihoterapia raţională (*rational therapy*) – dezvoltată apoi în terapie raţional-emotivă (*rational-emotive therapy*) şi, mai recent, în terapie raţional-emotivă şi comportamentală (*rational-emotive behavior therapy*) –, iniţiată de Albert Ellis (fost psihanalist) sub influenţa filosofiei, mai ales a celei stoice, epicureice şi kantiene, şi a semanticii generale. Primele două demersuri vor fi prezentate succint în capitolul 2, aşa că aici prezentăm sintetic ideile kantiene şi ale semanticii generale.

Immanuel Kant (1724-1804). Se spune despre Kant că a reprezentat culmea Luminilor (Hersch, 1981). Lucrările sale sunt complexe şi a fost acuzat adesea de cei care nu-l înţelegeau sau care nu erau de acord cu el că scrie confuz şi complicat. Sistemul său a reprezentat însă un punct de cotitură în filosofie; nimeni după el nu a mai putut filosofa aşa cum se făcea înainte. Integrând empirismul şi raţionalismul, Kant arată că lumea experienţei noastre (fenomenul – ceea ce apare) este o interacţiune între lumea „numenelor" (ceea ce este/lucrul în sine) şi categoriile apriorice ale minţii noastre; cele mai importante categorii apriorice ale minţii sunt „timpul", „spaţiul" şi „cauzalitatea". Aşadar noi nu avem acces la lucrul în sine (la numen), ci doar la ceea ce rezultă din interacţiunea acestuia cu categoriile apriorice ale minţii noastre. Orice experienţă a noastră nu este rezultatul lucrului în sine, ci al filtrării lui prin mintea noastră; este o idee care-l va influenţa decisiv pe Albert Ellis.

Semantica generală. Bazele ei au fost puse de Alfred Korzybski (1879-1950); lucrarea sa *Science and Sanity* (1933) este una fundamentală în istoria ştiinţei. Ideea principală este că mintea umană conţine în sine mecanismele care generează probleme psihologice. Reacţiile semantice constituie un astfel de mecanism. Noi reacţionăm nu la evenimente, ci la semnificaţia acestora, semnificaţie construită cu ajutorul limbajului. De exemplu, dacă venind acasă aducem un buchet de flori soţiei, este posibil ca ea să se înfurie. Reacţia ei este dată de semnificaţia pe care o foloseşte (de exemplu, i-am adus flori deoarece mă simt vinovat că am înşelat-o); semnificaţia mea este că am vrut să fiu drăguţ şi să-i arăt că o iubesc. Semantica generală este un fel de „igienă mentală", care îi ajută pe cei interesaţi să se elibereze de capcanele limbajului şi ale psihologiei de simţ comun. Limbajul şi constructele promovate de psihologia de simţ comun induc o diferenţă între teritoriu (cum este lumea) şi hartă (cum o vedem noi). Conştientizarea acestei diferenţe (*consciousness of abstracting*) ne permite să nu mai avem reacţii semantice determinate de hartă, ci reacţii congruente cu teritoriul; de aici a rezultat sintagma „ştiinţă şi sănătate" în lucrarea lui Korzybski, cu impact major asupra lui Albert Ellis.

Pornind de la aceste dezvoltări (adaptate mai bine psihologiei umane), conform *terapiei raţional-emotive şi comportamentale*, cogniţiile sunt prerechizite esenţiale în declanşarea oricărui răspuns psihoemoţional şi comportamental, iar evaluarea cognitivă (desprinderea semnificaţiei

stimulului) stă la baza trăirii emoţionale şi este cea care mediază între individ şi mediul său. Constructele fundamentale implicate ca mecanisme etiopatogenetice în starea de sănătate şi de boală sunt cele de *cogniţii raţionale*, respectiv *cogniţii iraţionale*. În limbajul şi tradiţia psihoterapiei, Albert Ellis este considerat „bunicul" (*grandfather*) psihoterapiilor cognitive şi comportamentale şi „părintele/tatăl" (*father*) terapiei raţional-emotive şi comportamentale, fiind evaluat într-o anchetă din SUA şi Canada (APA, 1982; *Psychology Today*) drept cel mai influent psihoterapeut în viaţă, depăşindu-l pe Sigmund Freud în notorietate şi influenţă; terapia sa este cea mai influentă la nivel clinic, fiind practicată de un mare număr de profesionişti, şi are cea mai mare anvergură nonclinică cu implicaţii filosofice şi culturale (David, 2003a, 2003b), educaţionale, industrial-organizatorice, spirituale (David *et al.*, 2005c).

Ulterior, psihiatrul american Aaron Beck (n. 1921) – fost psihanalist – a dezvoltat *terapia cognitivă* (*cognitive therapy*) – este cunoscut ca „părintele" terapiei cognitive – pornind de la cercetările sale asupra depresiei, postulând ca mecanisme etiopatogenetice centrale *gândurile automate* şi *schemele cognitive*; această formă de psihoterapie este cel mai bine investigată ştiinţific şi cel mai bine reprezentată la nivel academic din familia psihoterapiilor cognitive şi comportamentale.

Pornind de la Albert Ellis şi Aaron Beck, psihologul Donald Meichenbaum a dezvoltat (1977) *modificările cognitiv-comportamentale* – el este „părintele" modificărilor cognitiv-comportamentale –, focalizate pe *tehnicile de inoculare a stresului* (*stress innoculation training*) şi de *autodialog* (*self-instructional training*), în scopul modificării *mecanismelor de coping*, considerate factori etiopatogenetici importanţi. Ca o anecdotă, într-un interviu pe care i l-am luat lui Donald Meichenbaum (David, 2002) – a cărui bunică, apropo, a locuit la Bucureşti –, acesta povesteşte cum i-a venit ideea sistemului său. Fiind în New York (în anii '60), a văzut că pacienţii cu schizofrenie vorbeau singuri pe stradă, spunându-şi diverse lucruri (la acea vreme ei nu erau spitalizaţi pe perioadă lungă de timp şi nici nu beneficiau de servicii de specialitate stabile în regim ambulatoriu); la fel a observat că fac şi copiii, care adesea vorbesc singuri sau cu personaje imaginare. Atunci a realizat că, decât să-i lase să spună ce vor ei, e mai bine să-i înveţe el să-şi spună, în limbaj intern sau extern, lucruri raţionale şi folositoare pentru controlul comportamentului. Aşa s-au născut modificările cognitiv-comportamentale!

Revenind, asumpţiile generale ale terapiilor cognitive sunt cele avansate de Albert Ellis încă din anii '50-'60, şi anume:

(1) Problemele psihice sunt răspunsuri dezadaptative/disfuncţionale învăţate, susţinute de cogniţii disfuncţionale/iraţionale (nesănătoase/dezadaptative), conştiente şi/sau inconştiente; mare parte din psihopatologie este rezultatul gândirii disfuncţionale/iraţionale.

(2) Factorii generatori ai gândirii disfuncţionale/iraţionale sunt influenţele genetice şi de mediu.
(3) Modalitatea optimă de a reduce distresul şi comportamentele dezadaptative este modificarea cogniţiilor disfuncţionale/iraţionale.
(4) Cogniţiile disfuncţionale/iraţionale care generează psihopatologia pot fi identificate şi schimbate prin tehnici cognitive.

1.2.1.3. Sinteza: apariţia terapiei cognitiv-comportamentale (anii ’70)

Integrarea terapiilor comportamentale cu cele cognitive a venit rapid. Elementul fundamental care a permis acest lucru a fost faptul că ambele se bazează pe cercetări teoretico-metodologice riguroase, nefiind construite ca „şcoli” închise, fundamentate de intuiţiile fondatorului, discrepanţele dintre ele clarificându-se prin cercetare, nu prin lupte „interguru”. De exemplu, deşi Albert Ellis este considerat „bunicul” terapiei cognitiv-comportamentale, unele dintre teoriile şi modelele propuse de el nu au fost asimilate, deoarece au fost invalidate experimental!

Primele lucrări clinice integrative în domeniu au fost promovate de Alan Kazdin, *History of behavioral modification: Experimental foundation of contemporary research* (1978), Philip Kendal şi Steven Hollon, *Cognitive-behavior intervention: Theory, research, and procedures* (1979), Arnold Lazarus, *Behavior Therapy and Beyond* (1971), Michael Mahoney, *Cognition and behavior modification* (1974), şi Donald Meichenbaum, *Cognitive-behavior modification: An integrative approach* (1977). La nivel teoretico-experimental, cercetările lui Richard Lazarus (1922-2002) asupra stresului (Lazarus, 1966) şi dezvoltările teoriei neajutorării învăţate a lui Martin Seligman (Seligman, 1975) au constituit un cadru integrativ în care se reliefa clar rolul cogniţiilor în producţiile noastre emoţionale şi comportamentale. De asemenea, Lang (1968) şi Rachman (Rachman şi Hodgson, 1974) au propus faimosul model al celor „trei sisteme” (*the three systems*), care integra şi procedural cele două perspective şi arăta că problemele psihologice pot fi conceptualizate prin trei sisteme, mai mult sau mai puţin interrelaţionate: (1) comportamental; (2) fiziologic/biologic; (3) cognitiv/afectiv. Cele trei sisteme, deşi relaţionate, pot să nu se schimbe simultan, în acelaşi fel sau chiar în aceeaşi direcţie; aceasta înseamnă că procedurile cognitive şi comportamentale (incluzând tehnicile de relaxare) sunt complementare.

Trebuie spus că abordarea lui Donald Meichenbaum (1977) a fost un mediator important între terapia cognitivă şi cea comportamentală. Ideea sa, anume că limbajul intern poate fi utilizat pentru a controla răspunsurile subiectului uman, era acceptată atât de cognitivişti (pentru care limbajul exprimă cogniţiile subiectului), cât şi de behaviorişti (care interpretau limbajul intern drept un comportament interiorizat); în plus, autorul ei avea un „trecut” comportamental, spre deosebire de

Aaron Beck şi Albert Ellis, care erau psihanalişti.

Se observă că în această integrare au existat de la început reticenţe ale părţii comportamentale în a utiliza cuvintele „terapie” sau „psihoterapie”, din cauza conotaţiilor lor „mentaliste”; se preferau termeni precum „modificări”, „intervenţii”, „tehnici”, „asistenţă”. În plus, la începutul acestei integrări, termenul „cogniţie” se utiliza şi cu referire la prelucrarea informaţională (tradiţia terapiei cognitive), şi cu referire la comportamentul interiorizat (tradiţia terapiei comportamentale)! A fost nevoie ca acest domeniu să se maturizeze pentru a se ajunge la utilizarea sintagmei „terapie (psihoterapie) cognitiv-comportamentală” şi la conceptualizarea cogniţiei în primul rând ca prelucrare informaţională. Aşa cum spuneam anterior, termeni ca „modificări”, „intervenţii”, „tehnici”, „asistenţă” se utilizează astăzi pentru aplicaţiile nonpatologice ale terapiei cognitiv-comportamentale, fără a mai purta însă influenţa şi reticenţa behavioristă. Într-adevăr, o analiză de conţinut pe baza de date internaţională PsycInfo arată un regres în utilizarea termenilor „behavior-” şi/sau „cognitive-behavior modifications” în comparaţie cu „behavior-” şi/sau „cognitive behavior therapy”, începând cu anii ’70.

Încorporând principiile terapiei comportamentale, terapia raţională a devenit astăzi terapie raţional-emotivă şi comportamentală. Terapia cognitivă a asimilat procedurile comportamentale ca mecanisme de schimbare a cogniţiilor. Mai recent, au apărut şi alte forme („şcoli”) – pentru detalii, vezi Dobson, 2001 –, precum terapia metacognitivă (*metacognitive therapy*) – Adrian Wells, în Wells, 1999, 2000 –, terapia comportamentală dialectică (*dialectic behavior therapy*) – Marsha Linehan, în Linehan, 1993 –, terapia comportamental-raţională (*rational behavior therapy*) – Maxie Maultsby, în Maultsby, 1984 –, terapia multimodală (*multimodal therapy*) – Arnold Lazarus, în Lazarus, 1981 –, terapia focalizată pe scheme (*schema-focused therapy*) – Jeffrey Young, în Young *et al.*, 2003 –, terapia prin acceptare şi angajament (*acceptance and commitment therapy*) – Steven Hayes, în Hayes, 2002, 2004 –, terapia focalizată pe rezolvarea de probleme (*problem solving therapy*) – Thomas D’Zurilla şi Arthur Nezu, în D’Zurilla *et al.*, 2006 –, terapia cognitiv-comportamentală constructivistă (*constructivist cognitive-behavior therapy*) – Vittorio Guidano, Giovanni Liotti, Michael Mahoney, Robert Neimeyer, în Guidano şi Liotti, 1983; Mahoney, 1995; Neimeyer *et al.*, 1995 –, terapia prin evaluare (*appraisal therapy*) – Richard Wessler, în Wessler *et al.*, 2001 –, restructurarea raţională sistematică (*systematic rational restructuring*) – Marvin Goldfried, în Goldfried *et al.*, 1974 –, terapia cognitivă bazată pe *mindfulness* (*mindfulness-based cognitive therapy*) – Zindel Segal, John Teasdale, Mark Williams, în Segal, Williams, şi Teasdale, 2002 –, terapia cognitiv-afectivă şi comportamentală (*cognitive-affective behavior therapy*) – Marvin Goldfried, în Goldfried, 1985 –, toate reflectând această integrare.

Integrarea principiilor cognitive cu cele comportamentale a dus la un corpus de cunoştinţe cu

valenţe teoretico-aplicative uriaşe. De exemplu, tehnicile comportamentale permit abordarea unor forme de patologie extrem de severă, inaccesibilă altor forme de psihoterapie (de exemplu, debilitatea mentală, tulburările psihotice), şi/sau aplicaţii la vârste foarte mici, iar cele cognitive – abordarea unor tulburări standard pentru psihoterapie (de exemplu, de tip „nevrotic"), a unor probleme mai sofisticate, de analiză existenţială, şi/sau a unor probleme inabordabile pentru celelalte psihoterapii (de exemplu, delirium, demenţă, tulburări amnestice şi alte tulburări cognitive).

Mai precis, integrarea principiilor comportamentale cu cele cognitive s-a realizat astfel (vezi şi David, 2003; Davit *et al.*, 1998/2000):

– Principiul condiţionării clasice. Robert Rescorla (n. 1940) a arătat experimental (Rescorla, 1988) ceea ce se ştia deja teoretic: că, de fapt, ceea ce se învaţă este valoarea anticipativă a stimulului condiţionat pentru stimulul necondiţionat (o prelucrare informaţională). Aşadar, dacă stimulul condiţionat nu precedă stimulul necondiţionat (ci apare simultan cu stimulul necondiţionat, după el sau la întâmplare), atunci condiţionarea nu se realizează sau se realizează foarte greu. Altfel spus, ceea ce se învăţă este o predicţie (expectanţă), şi anume că stimulul condiţionat are funcţia de a anticipa apariţia stimulului necondiţionat. Legile contiguităţii, frecvenţei şi recenţei propuse şi asumate anterior de Pavlov nu sunt suficiente şi/sau adecvate pentru a explica fenomenul condiţionării clasice.
– Principiul condiţionării operante. Adesea, efectul întăririlor este mediat de prelucrarea informaţională. De exemplu, aceeaşi întărire are o forţă mai mare dacă este percepută de subiect ca o consecinţă a propriului comportament decât dacă este percepută ca un determinant al comportamentului (pentru detalii, vezi David, 2006a, 2006b). Similar, eliminarea unei întăriri pozitive nu duce imediat la extincţia comportamentului, după cum administrarea pedepselor nu duce mereu la scăderea ocurenţei comportamentului. Uneori, în aceste procese intervine mecanismul cognitiv al reactanţei (Brehm, 1966), prin care organismul încearcă să menţină controlul, ocurenţa comportamentului putând aşadar să crească la începutul administrării acestor consecinţe; ulterior, dacă nu se redobândeşte controlul asupra consecinţelor, ocurenţa comportamentului se reduce. Acestea fiind spuse, este clar că întărirea poate afecta uneori un comportament fără ca subiectul să conştientizeze asocierea comportament-consecinţă (Lieberman *et al.*, 1998). Principiul învăţării operante a fost extins apoi prin mecanismul învăţării vicariante descris de Bandura, care arată că se poate achiziţiona un comportament nou, prin modelare, fără a experienţia în prealabil direct efectul consecinţelor sale.
– În cazul subiectului uman, principiile condiţionării clasice şi operante dobândesc valenţe noi

prin utilizarea limbajului (element cognitiv). Astfel, contingenţele (relaţiile) dintre antecedent/stimul, comportament, consecinţă/stimul pot fi descrise verbal, sub forma unor reguli. În acest fel, se poate genera un comportament, chiar dacă el nu a fost efectuat şi/sau întărit niciodată. Regula existentă descrie comportamentul şi întărirea care va urma (uneori şi antecedentele): „Dacă la ora trei (antecedent/stimul) te apuci să faci curat în cameră (comportamentul operant), îţi voi da banii de minge (consecinţă/stimul: întărire pozitivă)". Aceste reguli, definite ca stimuli discriminativi, au impact semnificativ asupra comportamentului uman, o mare parte a acestuia fiind guvernată de reguli (*rule-governed behavior*).

– Tehnicile comportamentale sunt fundamentale pentru a schimba nu doar comportamente operante şi/sau respondente, ci şi cogniţiile (indiferent că le conceptualizăm ca prelucrări informaţionale sau drept comportamente interiorizate); în plus, nu doar schimbarea cogniţiilor, prin tehnici specifice, duce la schimbarea comportamentelor, ci şi schimbarea comportamentelor duce la schimbarea cogniţiilor (Ellis, 1994).

Prima revistă de specialitate dedicată susţinerii acestei integrări a fost *Cognitive Therapy and Research*, primul ei editor fiind Michael Mahoney (1946-2006). Ulterior, au apărut o pleiadă de reviste în acest domeniu, confirmându-i astfel robusteţea. Cele mai cunoscute (pentru o listă completă, vezi Master Journal List, la http://www.isinet.com) sunt: *Behavioral Interventions* (John Willey and Sons Ltd), *Behavior Therapy* (Association for Behavioral and Cognitive Therapies), *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* (Cambridge University Press), *Behavior Modification* (Sage Publication, Inc), *Cognitive and Behavioral Practice* (Association for Behavioral and Cognitive Therapies), *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* (International Institute for the Advanced Study of Psychotherapy and Applied Mental Health), *Journal of Cognitive Psychotherapy; An international Quarterly* (International Association of Cognitive Psychotherapy), *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* (Albert Ellis Institute).

În timp, asociaţiile internaţionale de specialitate şi-au schimbat numele pentru a reflecta schimbările în domeniu. Astfel, European Association of Behavioral Therapies a devenit European Association of Behavioral and Cognitive Therapies, iar Association for the Advancement of Behavior Therapy a devenit Association for Behavior and Cognitive Therapies. Cele care nu şi-au schimbat numele (International Association for Cognitive Psychotherapy) şi-au modificat statutul pentru a arăta că atât elementele de prelucrare informaţională, cât şi tehnicile comportamentale sunt factori fundamentali în demersul terapeutic. Nimeni nu mai face astăzi, la nivel internaţional, formare în terapie comportamentală sau în terapie cognitivă pură, aşa cum au fost ele înţelese la

apariţia lor. Deşi numele se mai păstrează uneori (de exemplu, se mai utilizează numele de *behavior therapy* pentru demersurile care, deşi presupun o mediere cognitivă, se focalizează asupra outputului comportamental şi mai puţin asupra outputului de tip cogniţie şi/sau emoţie), programele de formare sunt, sub aspect teoretico-metodologic, cognitiv-comportamentale.

Acestea fiind spuse, trebuie recunoscut că există totuşi grupuri restrânse care sunt încă ancorate în abordări behavioriste ortodoxe (filosofice, metodologice şi/sau radicale) şi care consideră că behaviorismul nu este parte a psihologiei, ci o ştiinţă aparte. Ele acuză maniera distorsionată în care a fost primit behaviorismul, caricaturizarea lui şi faptul că nu a fost înţeles şi exploatat la nivelul maxim al potenţialului său. Criticile nu sunt complet nefondate. O analiză a literaturii de specialitate arată că aceste lucruri s-au întâmplat şi se întâmplă încă. De exemplu, în lucrările lui Hawton *et al*. (1989, 1991) se spune că „procesul de întărire pozitivă se referă la situaţia în care frecvenţa comportamentului creşte ca urmare a consecinţelor sale pozitive (de exemplu, laudă)…”; această definiţie nu este congruentă cu cea oferită de Skinner, ea potrivindu-se mai degrabă cu legea efectului, formulată de Thorndike! Corect ar fi fost, păstrând structura definiţiei, să spunem că „procesul de întărire pozitivă se referă la situaţia în care frecvenţa comportamentului creşte ca urmare a consecinţei (întăririi pozitive) pe care o produce”. Implicaţiile sunt mari. În prima variantă se asumă rolul cauzal al mentalului: pentru ca o consecinţă să fie pozitivă, ea trebuie experienţiată ca atare; în plus, este o definiţie circulară, fără valoare epistemică. În al doilea caz, mentalul nu este implicat deloc: întărirea pozitivă este definită prin influenţa acesteia asupra comportamentului, influenţă stabilită în evoluţia speciei. Iată deci de ce este fundamental atunci când ne ocupăm serios de un domeniu să mergem la lucrările originale, nu să ne bazăm pe traduceri şi interpretări ale lor în alte lucrări. În plus, înţelegerea aplicării behaviorismului la fiinţa umană este extrem de dificilă, mulţi căutând modalităţi mai simple de abordare psihologică a omului (deşi, frecvent, acestea nu sunt mai eficiente sau la fel de eficiente precum cele mai dificile). Aşadar aceste grupuri evită nu doar utilizarea termenului „cognitiv”, căruia nu-i recunosc rolul de mediator al răspunsurilor subiectului uman, ci şi folosirea sintagmei *behavior therapy*, pe care o înlocuiesc cu *behavior analysis* şi/sau *behavioral modification*. De obicei, acestea sunt grupuri restrânse, mai elitiste, fără penetranţă pe scară largă în comunitatea ştiinţifică şi academică (urmând filosofia lui Skinner, exprimată în articolul „Why I am not a cognitive psychologist” din *Behaviorism*, 1977). Totuşi, asociaţia profesională Association for Behavior Analysis şi revistele proprii (*The Behavior Analyst*, *Journal of the Experimental Analysis of Behaviors* şi *Journal of Applied Behavior Analysis*) le dau identitate profesională. Rămâne să vedem dacă şi cum vor reuşi să influenţeze evoluţiile din psihologie.

În fine, încercând să evite insularizarea domeniului prin apariţia prea multor „şcoli”, aşa cum s-a întâmplat cu majoritatea formelor tradiţionale de psihoterapie, terapia cognitiv-comportamentală

s-a organizat după o structură ştiinţifică în care vorbim astăzi despre (1) asumpţii, (2) teorii şi (3) modele, nu despre şcoli diferite! Astfel, terapia cognitiv-comportamentală consideră problemele psihologice răspunsuri dezadaptative/disfuncţionale învăţate, susţinute de cogniţii disfuncţionale/iraţionale. Mai clar spus, orice răspuns este considerat a fi determinat de prelucrări informaţionale, potenţial amorsate de diverşi stimuli care persistă ca urmare a întăririlor. Se observă foarte clar aici integrarea principiilor comportamentale cu cele cognitive. Cu alte cuvinte, orice răspuns al subiectului uman este mediat cognitiv, adică este generat de prelucrări informaţionale, potenţial amorsate de diverse situaţii-stimul. Însă, odată generate aceste răspunsuri, intervin puternic principiile comportamentale, care, prin jocul întăririlor şi pedepselor, menţin sau elimină răspunsurile respective. Pentru a trata eficient problemele psihologice, este necesar să modificăm cogniţiile disfuncţionale/iraţionale prin tehnici specifice de modificare cognitiv-comportamentală. Există câteva principii ce fundamentează această abordare, ele reflectându-se şi în intervenţia terapeutică (Beck, 1976; Ellis, 1962):

(1) cogniţia, conştientă şi/sau inconştientă, este cel mai important determinant al răspunsurilor psihocomportamentale şi emoţionale; aşadar medierea cognitivă este fundamentală pentru a clasifica o terapie drept cognitiv-comportamentală. Utilizarea procedurilor cognitiv-comportamentale fără a angaja în conceptualizarea cazului o mediere cognitivă nu este terapie cognitiv-comportamentală sau intervenţie cognitiv-comportamentală corect condusă (Beck şi Ellis, comunicare personală; vezi şi Dobson *et al.*, 2001). Medierea cognitivă poate fi înţeleasă fie în sensul că, în calitate de prelucrare informaţională, cogniţia determină răspunsurile subiectului uman, fie în sensul că, în calitate de comportament interiorizat, cogniţia influenţează răspunsurile subiectului uman;
(2) mare parte din psihopatologie este rezultatul cogniţiilor disfuncţionale/iraţionale;
(3) cogniţiile disfuncţionale/iraţionale pot fi identificate şi schimbate;
(4) schimbarea lor se face prin tehnici cognitive şi/sau comportamentale;
(5) în abordarea cognitiv-comportamentală, atât teoriile, cât şi procedurile/pachetele de intervenţie trebuie validate ştiinţific.

Diversele teorii şi modele cognitiv-comportamentale sunt reprezentate de ceea ce anterior era numit „şcoală” (vezi enumerarea de mai sus), aplicarea lor la situaţii şi tulburări specifice făcându-se prin strategii terapeutice ţintă, care se bazează pe diverse tehnici de intervenţie, reunite în pachete/proceduri de intervenţie validate ştiinţific.

Rezumând, din anii ’70 asistăm, prin asimilarea reciprocă a terapiei comportamentale cu cea cognitivă, la naşterea terapiei cognitiv-comportamentale, care a ajuns astăzi:

– terapia cu cea mai solidă bază teoretico-metodologică şi aplicată, fundamentată de mii de studii

experimentale şi clinice;
– cea mai răspândită formă de psihoterapie în rândul practicienilor;
– cea mai răspândită formă de psihoterapie la nivel academic.

Toate acestea, coroborate, au făcut ca terapia cognitiv-comportamentală să fie susţinută financiar în mod preferenţial de casele de asigurări de sănătate şi să devină o platformă de integrare în psihoterapie.

1.2.2. Istoricul terapiei cognitiv-comportamentale din perspectivă epistemologică

Analiza istorică a unui domeniu ne ajută să înţelegem mai bine starea sa din prezent şi să-i anticipăm viitorul. Să analizăm în continuare dezvoltarea istorică a terapiei cognitiv-comportamentale (vezi şi David, 2006b; David *et al*., 1998/2000).

În 1962, Thomas Kuhn (1922-1996) a publicat cartea intitulată *Structura revoluţiilor ştiinţifice*, în care afirmă că istoria unui domeniu ştiinţific parcurge, de obicei, următoarele etape:

(1) perioada preparadigmatică;
(2) ştiinţă normală – în care este explorată şi elaborată paradigma ştiinţifică;
(3) faza de criză;
(4) apariţia unei noi paradigme ştiinţifice;
(5) faza de luptă între vechea şi noua paradigmă;
(6) victoria uneia dintre cele două paradigme şi reîntoarcerea la etapa de ştiinţă normală.

Nu toate domeniile ştiinţifice au parcurs aceste etape, ştiinţe diferite aflându-se în etape diferite. Această descriere a ştiinţei şi a evoluţiei ştiinţifice a exercitat o puternică atracţie asupra oamenilor de ştiinţă, cartea lui Thomas Kuhn devenind cea mai citată carte de filosofia ştiinţei în revistele de specialitate (McConnell, 1987).

(1) *Perioada preparadigmatică*. Această etapă a evoluţiei ştiinţifice este caracterizată prin faptul că:
– datele obţinute sunt întâmplătoare, aleatorii şi superficiale;
– cercetarea se bazează pe observaţie (adesea nesistematică), pe studii de caz, nu pe experiment;

– majoritatea datelor combină simplul cu complexul, adevărul cu falsul, rămânând numeroase „breşe” în perspectiva asupra fenomenului investigat;
– se dezvoltă şcoli care sunt în competiţie unele cu altele, adesea fiecare considerând că posedă adevărul şi că este mai bună decât celelalte;
– fenomenele sunt abordate mai ales prin experienţe de simţ comun, filosofic sau teologic.

În fizică, de exemplu, fizica de simţ comun sau chiar cea aristotelică reflectă aceste caracteristici. Multă vreme s-a crezut că, din cauză că cele mai importante lucruri pentru oameni se întâmplă pe Pământ, Pământul trebuie să fie centrul universului; că, deoarece cercul este forma perfectă, Soarele se mişcă în jurul Pământului pe o orbită circulară, iar stelele sunt distribuite în jurul Pământului pe o sferă (forma tridimensională perfectă) etc. Cauzele din filosofia aristotelică, materială (materia – lemn), formală (forma pe care o ia materia – statuia X), eficientă (acţiunea sculptorului) şi finală (scopul pentru care se sculptează o statuie), au marcat multă vreme negativ evoluţia teoriilor din fizică; de exemplu, conform fizicii aristotelice, un obiect cade pe pământ pentru că aceasta este starea lui naturală, locul care i se cuvine, spre care tinde (cauza finală). Abordările tradiţionale (ierburi de leac, bioenergie) din medicină sunt un alt exemplu elocvent pentru această perioadă. Legat de domeniul biologiei, filosofia spunea că dacă există o diferenţă între fiinţele vii şi cele nevii, ea se datorează, probabil, unui lucru special pe care Dumnezeu l-a dat fiinţelor vii. Acel ceva a fost numit de unii „suflet” şi de alţii „forţă a vieţii”. În chimie, în faza preparadigmatică, se credea că materialele care ard conţin o substanţă specială numită „flogiston”. În psihoterapie, această fază este reprezentată de mişcările psihoterapeutice existente înainte de apariţia terapiei comportamentale (anii ’50), toate bazându-se pe experienţe şi intuiţii personale ale fondatorului, pe studii de caz, fără susţinere experimentală riguroasă. În plus, istoria lor este marcată de lupte între şcoli şi excomunicări, fiecare „excomunicat” creându-şi apoi propria şcoală, pe baza aceloraşi principii.

(2) *Faza de ştiinţă normală.* Aceasta se caracterizează prin:
– descoperirea unor aspecte ştiinţifice semnificative;
– elaborarea unei paradigme ştiinţifice;
– elaborarea teoriilor şi modelelor – cercetarea se bazează în special pe date empirice culese prin observaţie sistematică şi experiment;
– apariţia ipotezelor ştiinţifice testabile (de exemplu, verificabile şi falsificabile);
– cercetătorii rezolvă probleme de tip „puzzle”.

Paradigma constă dintr-un set de idei elaborate de teoreticienii aparţinând unei anumite discipline. Ea este reprezentată de asumpţii fundamentale care nu pot fi testate în mod direct; o paradigmă ştiinţifică generează însă teorii şi modele testabile. După cum afirmă Kuhn (1962), orice

cercetare ştiinţifică este realizată şi încadrată într-o paradigmă ştiinţifică. O paradigmă reprezintă o colecţie de proceduri şi idei prin care cercetătorii sunt instruiţi implicit „ce să creadă”, „cum să realizeze studiile” şi „care sunt rezultatele pe care ar trebui să le accepte”. Deşi în cadrul unei paradigme se pot dezvolta teorii şi modele testate empiric, cercetătorii preferă adesea să rezolve probleme de tip „puzzle”. O problemă de tip „puzzle” este (după cum arată şi numele jocului) o problemă despre care ştim dinainte că se poate rezolva şi, mai ales, că avem toate piesele necesare pentru rezolvarea ei; trebuie doar să combinăm adecvat aceste piese după un model din paradigmă. Problema de tip „puzzle” este congruentă cu paradigma, rezultatul este bine anticipat şi soluţia ei întăreşte respectiva paradigmă. Un anumit fenomen devine o problemă de tip „puzzle” atunci când: (1) un număr mare de cercetători dintr-un domeniu sunt implicaţi în rezolvarea sa; (2) acesta nu este neglijat, ci devine obiectul principal al cercetării.

Cercetările lui Galileo Galilei (1546-1642) şi Isaac Newton (1643-1727) au schimbat din temelii modul în care înţelegeam lumea şi locul nostru în univers, dând naştere fizicii ca ştiinţă; explicaţiile aristotelice antropomorfiste au fost înlocuite cu legi obiective (de exemplu, forţa gravitaţională este cea care aduce un obiect pe pământ, nu cauza finală). Biologia s-a separat de filosofie, teologie şi simţ comun tot prin apariţia unei paradigme ştiinţifice. Atunci când William Harvey (1578-1657) a arătat că organismul uman funcţionează mai degrabă ca o maşină decât ca ceva pus în mişcare de suflet şi când Charles Darwin şi-a expus teoria (fără a-l implica pe Dumnezeu sau acel „ceva special” pentru om), constituirea biologiei ca ştiinţă a devenit un fapt. În chimie, Antoine Lavoisier a evidenţiat rolul oxigenului în procesul de ardere. Metalul ars şi tranformat în oxid într-un vas închis este mai greu decât metalul care a fost ars, dar întregul vas închis are aceeaşi greutate. Altfel spus, oxigenul din vas este responsabil pentru ardere (combinându-se cu metalul, a generat oxidul), şi nu flogistonul din componenţa metalului. Aşa s-a născut chimia ca ştiinţă. Urmând modelul fizicii, medicinei, chimiei, biologiei, şi în psihoterapie a apărut prima mişcare ştiinţifică, şi anume terapia comportamentală (anii ’50), fructificând principiile descrise de behaviorism; mentalismul exprimat prin *homunculus* nu mai era acceptat ca având rol cauzal în comportament; comportamentul este determinat de mecanisme obiective, organizate sub formă de legi/principii. Aceasta este o paradigmă integrativă care şi-a validat ideile nu prin forţa de convingere şi exemplificare a unui „guru”, ci, aşa cum am arătat anterior, prin date de laborator şi clinice riguroase.

Paradigma ştiinţifică reinterpretează şi integrează aspectele valide ale teoriilor şi modelelor anterioare şi ale abordărilor din perioada preparadigmatică în cadrul sistemului său teoretic, utilizând termeni proprii. Medicina, de exemplu, a preluat multe intuiţii de simţ comun care, după ce au fost validate experimental, s-au transformat în tratamente standard. La fel, în psihoterapie, terapia comportamentală a reinterpretat multe tehnici dinamic-psihanalitice în termenii teoriei

învăţării, bine validată ştiinţific, validare care lipsea abordării lui Freud. Lucrarea clasică a lui Dollard şi Miller, menţionată anterior, este fascinantă în acest sens (Dollar şi Miller, 1950). În această etapă, paradigma ştiinţifică poate coexista cu alte abordări, expresii ale perioadei preparadigmatice sau ale dezvoltării din etapa preparadigmatică. Aşa cum alături de medicina ştiinţifică există şi abordări alternative (bioenergia este încă o prezenţă constantă), iar alături de fizică există şi astrologie, şi în psihoterapie au continuat să existe, alături de terapia comportamentală, abordări din etapa preparadigmatică sau să apară terapii neştiinţifice noi.

(3) *Etapa de criză.* Paradigma ştiinţifică este acceptată de oamenii de ştiinţă, chiar dacă ea nu explică toate datele obţinute empiric şi experimental. În orice caz, perioada de criză survine atunci când vechea paradigmă este confruntată cu numeroase predicţii eronate şi când apar breşe ale teoriilor şi modelelor sale explicative. Pentru a reveni la exemplul de mai sus, în fizică, mecanica newtoniană nu reuşea să aproximeze satisfăcător mişcările corpurilor mari cu viteze foarte ridicate (apropiate de viteza luminii). În anii ’60, terapia comportamentală s-a confruntat cu imposibilitatea de a asimila şi de a explica rolul prelucrărilor informaţionale în demersul propriu (conceptul de „comportament interiorizat” angajat în acest sens nu părea să satisfacă comunitatea ştiinţifică, nereflectând suficient, după unii, complexitatea prelucrării informaţionale). Ideea de prelucrare informaţională a devenit fundamentală la nivel internaţional prin presiunile făcute, în anii ’60, de lingvistică, psihologia cognitivă şi inteligenţa artificială. În plus, etologia a arătat rolul predispoziţiilor în fenomenele de condiţionare clasică şi operantă, reliefând astfel rolul organismului în ecuaţia stimul-răspuns.

(4) *Apariţia unei noi paradigme ştiinţifice.* Atunci când vechea paradigmă nu poate explica numeroase fenomene relevante pentru ştiinţă şi se acumulează predicţii eronate, apare o nouă paradigmă. Acesta este momentul începerii revoluţiei ştiinţifice. În fizică, dificultăţile mecanicii clasice au dus la apariţia fizicii relativiste. În psihoterapie, incapacitatea terapiei comportamentale de a asimila satisfăcător constructul de prelucrare informaţională a dus la apariţia unei noi paradigme, şi anume paradigma cognitivă (anii ’60).

(5) *Revoluţia ştiinţifică.* Această etapă este caracterizată prin:

- adâncirea aspectului de inutilitate a instituţiilor existente şi incapacitatea de comunicare între paradigmele aflate în conflict;
- rescrierea cărţilor de ştiinţă în spiritul noii paradigme;
- considerarea vechilor idei ca fiind false.

În anii ’60, lupta dintre terapia comportamentală şi cea cognitivă a fost acerbă. Într-un articol din *Cognitive Therapy and Research*, Donald Meichenbaum (2003) descrie cum lucrările care utilizau termeni „mentalişti” (cogniţie, gândire etc.) erau excluse din conferinţele ştiinţifice

internaţionale, iar cei care promovau aceste demersuri nu erau uşor acceptaţi în sistemul de învăţământ superior. Aşa cum am arătat, chiar cuvântul „terapie” (*therapy*) era privit cu suspiciune, mulţi preferând termenul „modificare” (*modification*). Dacă sintagma „terapie comportamentală” era cumva tolerată, cea de „(psiho)terapie comportamentală” era văzută ca un nonsens.

(6) *Reîntoarcerea la faza de ştiinţă normală.* Când una dintre abordări câştigă, explicând tot ceea ce explica vechea paradigmă, dar şi majoritatea aspectelor ştiinţifice neexplicate de aceasta, abordarea anterioară va fi reinterpretată şi integrată în noul sistem teoretic. În fizică, de exemplu, mecanica newtoniană este acceptată ca un caz particular al fizicii relativiste, valabil pentru situaţiile în care avem de-a face cu corpuri mari, care se deplasează cu viteze mult mai mici decât viteza luminii. În disputa ştiinţifică din psihoterapie, paradigma cognitivă a reuşit să se impună, încorporând însă aspectele validate ale terapiei comportamentale (anii ’70). Din această combinaţie a rezultat o formă de terapie cu un potenţial fantastic, arsenalul de tehnici şi proceduri (cognitive şi comportamentale) aflat la dispoziţie permiţându-i să aibă impact semnificativ în modificarea răspunsurilor subiectului uman. În paralel cu această evoluţie ştiinţifică, în psihoterapie, ca şi în fizică (vezi astrologia) şi medicină (vezi bioenergia), au continuat să apară noi abordări neştiinţifice. Depinde de noi cum reuşim să le marginalizăm pentru a menţine vizibil filonul ştiinţific din psihoterapie.

1.3. Terapia cognitiv-comportamentală în România

Această secţiune se bazează pe o analiză comprehensivă a literaturii de specialitate din ţară şi pe discuţii personale cu cei care au pus temeliile abordării cognitiv-comportamentale în România; consideraţiile de specialitate reflectă punctul de vedere al unui supervizor-formator care este singurul din România atestat de înşişi fondatorii terapiei cognitiv-comportamentale. Aceste idei au fost publicate şi la nivel internaţional (David *et al.*, 2002).

Românii excelează în a fi autodidacţi! Acest lucru este important atunci când nu există posibilitatea de a învăţa ceva într-un cadru formal, riguros, bine organizat. Prin autodidacţi, ideile terapiilor comportamentale, cognitive şi apoi cognitiv-comportamentale au pătruns relativ repede în ţară. Acesta a fost un lucru bun. Din păcate, acest mod de diseminare are şi consecinţe negative.

(1) Multe informaţii au pătruns în mod denaturat şi numeroase aspecte ale terapiei cognitiv-comportamentale au fost fals prezentate. De exemplu, se ignoră aspectele de prelucrare

informaţională inconştientă sau varietatea strategiilor de terapie cognitiv-comportamentală. În fapt, se promovează adesea imaginea terapiei cognitiv-comportamentale din anii ’70, fără a se lua în calcul evoluţiile teoretico-metodologice şi aplicative din ultimii 30 de ani!

(2) S-a ajuns la o insularizare a terapiei cognitiv-comportamentale, fiecare autodidact dorind sa aibă propria „şcoală”, în care să promoveze terapia cognitiv-comportamentală aşa cum a înţeles-o el. Am ajuns astfel să avem, într-o ţară cu 22 de milioane de locuitori, patru asociaţii naţionale de terapii cognitiv-comportamentale, dintre care 3 la Bucureşti şi una la Cluj-Napoca; asta în condiţiile în care, în ţări cu tradiţie şi care sunt mai mari decât România, există, de obicei, o singură asociaţie puternică de profil! Pot exista mai multe asociaţii dacă: (a) ele reflectă tradiţii diferite – comportamental *versus* cognitiv, (b) denotă apropierea de o „şcoală” sau alta, sau (c) sunt în zone diferite ale ţării şi au nume diferite.

(3) Se expune riscului imaginea terapiei cognitiv-comportamentale. Eficienţa acesteia este dependentă de buna pregătire a celor care o practică. Dacă pregătirea nu este adecvată, ci se bazează doar pe intuiţii, autoeducaţie şi experienţă, pot apărea erori majore în actul utilizării terapiei cognitiv-comportamentale. Acest lucru, dublat de faptul că mulţi profesionişti declară că practică terapie cognitiv-comportamentală fără a avea un program de formare adecvat în domeniu, devine şi un risc pentru pacient.

„Bunicii” (*grandparents*) terapiei cognitiv-comportamentale, ca să utilizăm metafora din limbajul psihoterapeutic, care au introdus într-o manieră mai riguroasă această terapie în România, au făcut parte fie din mediul academic, fie din cel clinic. La nivel clinic merită să amintim contribuţiile lui Teofil Andriescu, psiholog (terapie comportamental-cognitivă), Virgil Enătescu, psihiatru (biofeedback şi relaxare), Irina Holdevici, psiholog (terapie cognitiv-comportamentală), şi Oltea Joja, psiholog (terapie cognitiv-comportamentală). La nivel academic, primele cursuri în domeniu au fost promovate de Irina Holdevici, psiholog (Bucureşti), şi Mircea Miclea, psiholog (Cluj-Napoca). Deşi aceste preocupări existau, ele nu erau sistematizate şi recunoscute în cadrul mişcărilor internaţionale de terapie cognitiv-comportamentală, astfel încât impactul lor a fost mai redus la nivel naţional şi internaţional.

Primele programe clinice şi academice din ţară recunoscute în exterior, organizate sistematic şi riguros după standarde internaţionale, au fost introduse de Daniel David, psiholog (Cluj-Napoca), şi Radu Teodorescu, psihiatru (Bucureşti), ambele fiind recunoscute de European Association of Behavioral and Cognitive Therapies şi ambii profesionişti fiind consideraţi de forurile internaţionale reprezentanţi naţionali – „fondatori/părinţi” (*fathers*) în limbajul metaforic al psihoterapiei – ai psihoterapiilor cognitive şi comportamentale din România.

Trebuie însă menţionat că singurul program acreditat de cei care au pus bazele terapiei cognitiv-comportamentale (Aaron Beck şi Albert Ellis) este cel de la Cluj-Napoca, prin Asociaţia

Română de Psihoterapii Cognitive şi Comportamentale (preşedinte fiind Daniel David). Centrul de la Cluj-Napoca, prin International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (al cărui director este Daniel David), este un jucător important şi un reper la nivel naţional şi internaţional. Acest institut reuneşte „bunicii" şi „părinţii" terapiei cognitiv-comportamentale la nivel internaţional (Aaron Beck, Albert Ellis, Donald Meichenbaum) şi pe cei mai influenţi terapeuţi cognitiv-comportamentali de astăzi (Frank Dattillio, Thomas Dowd, Raymond DiGiuseppe, Windy Dryden, Arthur Freeman, Philip Kendal, Jeffrey Young) de la universităţi şi clinici de prestigiu din străinătate (Columbia University, Harvard Medical School, Mount Sinai School of Medicine, Pennsylvania University, Albert Ellis Institute, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research). În timp, după introducerea şi racordarea terapiei cognitiv-comportamentale din România la mişcarea internaţională, la Cluj-Napoca s-a dezvoltat o „şcoală" (în sens de grup coeziv, nu de orientare!) de terapie cognitiv-comportamentală care, prin contribuţiile aduse (vezi secţiunea „Resurse…"), influenţează mişcarea internaţională de psihoterapie. „Şcoala" de la Cluj-Napoca s-a diversificat, devenind cea mai mare şi mai reprezentativă din România, integrând preocupările diverse ale principalilor formatori-supervizori, pregătiţi după rigorile internaţionale: dr. Oana Benga (aplicaţii clinice: sugar, copil şi adolescent); dr. Irina Holdevici (aplicaţii clinice); dr. Bogdan Ion şi dr. Andreea Ion (aplicaţii clinice); dr. Bianca Macavei (aplicaţii clinice; optimizare personală); dr. Mircea Miclea (aplicaţii clinice: tulburări ale adultului; aplicaţii organizaţionale); dr. Adrian Opre (aplicaţii educaţionale: educaţie raţional-emotivă şi comportamentală; consiliere pastorală); dr. Aurora Szentagotai (aplicaţii clinice, incluzând tulburări somatice şi psihosomatice); dr. Simona Trip (aplicaţii clinice: sugar, copil şi adolescent; aplicaţii educaţionale). Pe de altă parte, „şcoala" de la Cluj-Napoca a devenit cea mai mare şi mai reprezentativă din România în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale: (1) oferind programe de formare iniţială/de bază şi continuă recunoscute pe plan naţional şi internaţional; (2) acordând două distincţii internaţionale de prestigiu pentru cei care fac cercetare în domeniu: „Aaron T. Beck Award" şi „Albert Ellis Award"; (3) fiind implicată în introducerea în România a primelor studii clinice controlate care compară, pe scară largă, eficienţa psihoterapiilor cu cea a medicaţiei (şi/sau a combinaţiei lor) pentru diverse forme de patologie (de exemplu, tulburare depresivă majoră, tulburări de anxietate, ADHD etc.); (4) dezvoltând, în colaborare cu International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health, primul program postdoctoral din România în domeniu, cu participare internaţională; (5) publicând singura revistă de specialitate din ţară cu anvergură internaţională, *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*.

Prima lucrare de tip monografic dedicată psihoterapiilor cognitive şi comportamentale a fost

scrisă sub coordonarea lui Daniel David (Cluj-Napoca), în anul 1998: *Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală*. Lucrarea, actuală la timpul său, dar depăşită astăzi de noile evoluţii în domeniu – dovadă a faptului că terapia cognitiv-comportamentală se dezvoltă continuu, cu o rapiditate uimitoare –, a fost distribuită în peste 3.000 de exemplare şi reluată în două ediţii, contribuind la introducerea şi structurarea acestui domeniu în România pe baze riguroase. Volumul a reunit un grup de autori de la Cluj-Napoca şi s-a bazat în mare parte pe seminarele/lucrările de „Modificări cognitiv-comportamentale" pe care Daniel David le susţinea în cadrul Universităţii „Babeş-Bolyai" (cursul fiind ţinut de Mircea Miclea). Ulterior au fost publicate şi alte lucrări de profil, dar ele apăreau adesea sub formă de capitole în volume cu caracter mai general în psihoterapie şi/sau ca terapie cognitiv-comportamentală dedicată unor aspecte specifice (de exemplu, anxietate). Câteva traduceri importante au fost publicate la Polirom, după lucrările lui Jean Cottraux, şi la alte edituri, precum ASCR (serii de traduceri coordonate de Daniel David şi Adrian Opre). Lucrarea de faţă este primul tratat comprehensiv de psihoterapii cognitive şi comportamentale din România, racordat la tendinţele actuale din domeniu (după 2006 s-au publicat şi alte tratate de terapie cognitiv-comportamentală, cea mai reprezentativă fiind, în opinia noastră, lucrarea Irinei Holdevici).

Prima şi, deocamdată, singura revistă de profil din ţară este *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, apărută la Cluj-Napoca. Revista, editată de Daniel David, a apărut în anul 2001 şi a devenit rapid cunoscută în ţară şi la nivel internaţional (indexată de Thomson ISI/Web of Science, SCOPUS, PsycInfo, EBSCO, ProQUest etc.; vezi pentru detalii http://www.jcbp.psychotherapy.ro), conferind legitimitate, impact şi vizibilitate naţională şi internaţională terapiei cognitiv-comportamentale din România.

Din păcate, în România, terapia cognitiv-comportamentală a fost receptată adesea extrem de denaturat. Acest lucru este cauzat de faptul că în cultura şi filosofia română nu a existat un filon pozitivist puternic (cu diversele sale variante neo- şi postpozitiviste; pentru detalii, vezi David, 2006a, 2006b). Probabil că singurele contribuţii mai clare au fost cele ale lui Vasile Conta (1845-1882) – vezi *Introducere în metafizică*, 1929 –, care a fost inspirat şi de Auguste Comte (1798-1857) (vezi şi Ianoşi, 1996). În acest context, contribuţiile „bunicilor" terapiei cognitiv-comportamentale din România sunt cu atât mai de apreciat. Neexistând acest filon pozitivist, nu au existat prerechizitele pentru o corectă înţelegere a principiilor behavioriste şi, mai apoi, cognitiv-comportamentale, ceea ce a dus la reprezentări caricaturale. În plus, filosofia marxist-leninistă şi ideologia comunistă au blocat receptarea abordărilor behavioriste americane. Psihologul sovietic A. Smirnov, la întâlnirea psihologilor din URSS (1952), arăta că:

> …psihologia sovietică trebuie să ducă o luptă neîmpăcată împotriva ştiinţei psihologice din ţările burgheze, care se descompune şi care se pune tot mai mult în slujba celei mai neruşinate reacţiuni şi a obscurantismului… Psihologia sovietică trebuie să dezvăluie

baza de clasă a născocirilor antiştiinţifice ale psihologilor burghezi, să arate esenţa lor reacţionară, încercările lor de a justifica orânduirea capitalistă în întregime putredă…

Din păcate, o minte luminată ca aceea a academicianului Mihail Ralea (1896-1964) a preluat acest manifest şi l-a impus şi în ţară, cu concursul unor psihologi influenţi. Ca urmare a influenţei URSS asupra României, coroborată cu prestigiul lui Ralea şi al psihologilor din jurul său, acest demers a afectat grav ştiinţa psihologică românească, efectele simţindu-se şi astăzi. Astfel, într-o lucrare programatică pentru timpurile comuniste, *Caracterul antiuman şi antiştiinţific al psihologiei burgheze americane* (1954), Mihail Ralea, cu consultarea grupului de psihologi menţionat mai sus, definea behaviorismul ca fiind „psihologia abrutizării maselor muncitoreşti" (este drept că nici psihanaliza nu a scăpat, fiind numită „faza putrefacţiei capitaliste"). Iată câteva fragmente din lucrarea lui Ralea (1954):

…[behaviorismul] satisface nevoia capitaliştilor care urmăresc să-i abrutizeze pe muncitori şi să-i înrobească, să-i transforme în unelte automate, oarbe, „auxiliare" ale benzii rulante, în manechine care se mişcă, lucrează, acceptă ordine fără să ştie ce fac… (p. 66).

…aproape toţi behavioriştii au plecat de la faimoasele labirinte cu şobolani şi au trecut de aici cu uşurinţă la identificarea omului cu şobolanul… (p. 68).

…motivul real care sta îndărătul acestui impuls „revoluţionar" de a transforma psihologia era nevoia imperialiştilor de a găsi o teorie cu ajutorul căreia să stoarcă în mod „ştiinţific" vlaga muncitorului… (p. 85).

Dincolo de ideologie, teoriile behavioriste erau prezentate simplist şi caricatural, pentru a justifica ideologia (Ralea, 1954):

…limbajul pentru behaviorişti nu e altceva decât o asociaţie laringo-musculară… (p. 68).

…gândirea nu ar fi decât numele inventat de introspecţionişti pentru a desemna mişcările laringelui, după cum sentimentul nu ar reprezenta altceva decât reacţiile funcţiilor de secreţie… (p. 70).

După aceste prezentări caricaturale, urma soluţia interacţionist-sistemică, un exemplu fiind (Ralea, 1954):

…Limbajul şi gândirea sunt inseparabile, aşa cum a demonstrat în chip genial I.V. Stalin (p. 72).

Nu este de mirare că în aceste condiţii abordarea comportamentală nu a fost receptată sau a fost receptată greşit (şi acum se utilizează eronat definiţii ale conceptelor de întărire, pedeapsă, atribuindu-se lui Skinner definiţiile lui Thorndike din legea efectului etc.). Din nou, iată de ce este fundamental, atunci când ne ocupăm serios de un domeniu, să mergem la lucrările originale, nu să ne bazăm pe traduceri şi interpretări ale lor în alte lucrări. Singura filieră prin care behaviorismul a pătruns corect în România a fost linia pavloviană, aceasta fiind asimilată mai mult în medicină decât în psihologie; componenta psihologică (linia americană a condiţionării operante) nu a fost asumată cu forţă în România, fie din teamă, fie din ignoranţă. O excepţie notabilă este profesorul

Ioan Radu de la Cluj-Napoca; acesta a fost printre puţinii oameni de ştiinţă care au prezentat clar şi riguros linia americană de behaviorism (Skinner, Watson) în lucrarea, de referinţă la noi, *Psihologie şcolară* (1974).

Ca urmare a acestui fond cultural şi ideologic, aproape toate lucrările de psihologie şi psihiatrie din România prezentau perspectiva behavioristă (cu excepţia condiţionării clasice – *sic!*) ca pe ceva care ţine de istorie, o abordare mecanicistă, simplistă şi limitată în comparaţie cu abordările interacţionist-sistemice (uneori enervant de interacţioniste şi de sistemice!). Este adevărat că behaviorismul aplicat fiinţei umane nu este uşor de înţeles, el adresându-se, sub aspect epistemic şi cognitiv, mediei plus o abatere standard; complexitatea sa este similară cu cea a mecanicii relativiste şi cuantice (iar Niels Bohr spunea, cu referire la mecanica cuantică: cine zice că a înţeles-o complet, cu siguranţă nu a înţeles încă nimic!). Aşadar această complexitate şi dificultate în a-l înţelege au accentuat marginalizarea şi caricaturizarea lui. Studenţii ajungeau astfel să creadă că behaviorismul şi terapia comportamentală sunt istorie. Personal, am fost debusolat când, în 1998, ajungând în SUA pentru prima dată, am înţeles că există programe de „behaviorism" şi *behavior therapy* puternice şi de impact, în cadrul unor universităţi de prestigiu; behaviorismul era departe de a fi mort.

Această stare de fapt marchează şi astăzi evoluţia terapiei cognitiv-comportamentale în România, prin efectul implicit al vechiului fond cultural. Unii profesionişti în domeniu, marcaţi de lipsa fondului cultural pozitivist şi contaminaţi de fondul cultural românesc antibehaviorist (incluzând dezvoltările neopozitiviste şi postpozitiviste), pur şi simplu nu pot asimila principiile ştiinţifice în psihoterapie (de exemplu, validitate ştiinţifică, suport empiric, studiu clinic controlat etc.) promovate de terapia cognitiv-comportamentală, dezvoltând fie o concepţie greşită asupra acesteia (vezi miturile discutate în capitolul 2), fie o ignoranţă care îi separă de comunitatea ştiinţifică internaţională şi îi împinge spre abordări la limita ştiinţei. De exemplu, în România există şi acum programe de formare în şcoli de psihoterapii care sunt interzise în alte părţi ale lumii (cum ar fi terapia renaşterii/*rebirth therapy*, în SUA) şi/sau în regres evident, izolate de comunitatea ştiinţifică. La nivel teoretic, acest lucru se poate exemplifica prin analiza constructului „voinţă". Deşi tratatele de psihologie generală nu includ capitole de „voinţă" (*will*), lucrările româneşti au capitole speciale dedicate „voinţei", cu toate că, faţă de constructele „motivaţie" şi „cunoştinţe", incluzând intenţia (Wegner, 2002, 2003), aceasta nu aduce nimic în plus la explicarea comportamentului uman; ea este pentru noi un reflex al trecutului ideologic şi al unei psihologii de simţ comun (complexă şi interacţionist-sistemică faţă de behaviorismul care robotizează oamenii – *sic!*) de care nu putem scăpa.

Capitolul 2
Sănătate şi boală

2.1. Aspecte generale

În cele ce urmează vom analiza principalele aspecte asociate conceptelor de sănătate şi boală (vezi şi David, 2003; David, 2006a). *Starea de sănătate* este definită în Constituţia WHO/OMS (World Health Organization/Organizaţia Mondială a Sănătăţii, la http://www.who.int) ca o stare de bine fizic, psihic şi social. Unii autori consideră că ar trebui să discutăm despre stări de sănătate, nu despre o stare de sănătate cu anumite caracteristici unice; aşa cum avem mai multe boli, tot aşa avem şi mai multe stări de sănătate. Aşadar, aşa cum folosim alternativ conceptele de boală şi boli, vom utiliza alternativ şi conceptele de stare de sănătate şi stări de sănătate. *Boala*, pe de altă parte, este definită ca o serie de *modificări* biologice şi/sau psihocomportamentale (afectiv-emoţionale/subiective, cognitive şi comportamentale) care generează o stare de distres şi/sau dizabilitate sau un risc crescut de distres şi/sau dizabilitate (American Psychiatric Association/Asociaţia Americană de Psihiatrie – APsyA –, 2000; US Department of Health and Human Services – USDHHS –, 1999). *Prevenţia primară* se referă la intervenţia care previne instalarea bolii; ea se realizează asupra populaţiei sănătoase, dar cu risc de boală (de exemplu, sunt prezenţi anumiţi factori etiologici), şi se face adesea la nivel de grup (selecţionat, comunitar). *Prevenţia secundară* se referă la intervenţia care are loc imediat după apariţia bolii şi are ca scop prevenirea complicaţiilor şi evoluţiei acesteia (de exemplu, reducerea riscului de suicid la pacienţii cu depresie). *Prevenţia terţiară* se face în cazul bolilor cronice şi urmăreşte reducerea problemelor induse de complicaţiile bolii (creşterea calităţii vieţii pacienţilor depresivi cu risc suicidar). Două constructe strâns asociate celui de boală şi care permit analize matematice sunt cele de „incidenţă” şi „prevalenţă”. *Incidenţa* se referă la numărul de cazuri noi de o boală anume care apar într-o unitate de timp specificată; unitatea de timp tipică este de 1 an de zile. *Prevalenţa* se referă la numărul de cazuri de o boală anume existente la un moment dat; prin „moment dat” înţelegem fie o evaluare punctuală (de exemplu, 23 noiembrie 2006), fie un interval (de exemplu, între 23 noiembrie 2005 şi 23 noiembrie 2006) – pentru detalii privind aceste constructe şi modalitatea lor de calcul, vezi Kaplan şi Sadock (1998).

În cazul bolii se pune întrebarea: cât de *modificată* trebuie să fie *modificarea* pentru a ieşi din sfera normalităţii? Când discutăm despre modificări la nivel biologic, lucrurile sunt mai clare. Aici se pot stabili statistic anumite limite între care un parametru poate varia, rămânând totuşi în limitele normalităţii (deşi şi aici pot să apară unele excepţii). În ceea ce priveşte aspectele psihologice şi comportamentale, lucrurile sunt mai complicate. *Un prim criteriu* care a fost propus pentru a se delimita între normal şi patologic a fost cel statistic (Pichot, 1967). Conform acestui criteriu, normal înseamnă ceea ce aproximează media populaţiei (ceea ce fac cei mai mulţi oameni). Deşi util, acest criteriu nu este satisfăcător. Probabil că el nu ar funcţiona eficient nici măcar în domeniul biologic. Caria, de exemplu, este frecventă la majoritatea populaţiei, fără să fie din acest motiv o stare de normalitate. Aplicat în domeniul psihocomportamental, acest criteriu ridică probleme serioase; de exemplu, probabil că în Evul Mediu un stil de gândire normal şi nonpatologic era acela care considera că Pământul este în centrul universului, iar un stil de gândire patologic, delirant, era acela care susţinea că Pământul se învârteşte în jurul Soarelui! *Al doilea criteriu* propus pentru a delimita normalitatea de anormalitate este criteriul cultural-ideal (Pichot, 1967). Conform acestui criteriu, normal este ceea ce se aşteaptă a fi normal într-o societate, idealul pe care grupul social respectiv îl stabileşte pentru starea de sănătate. Aşadar ceea ce este considerat normal într-un context sociocultural poate fi considerat patologic în alt context sociocultural. *Al treilea criteriu* este cel funcţional (Pichot, 1967). El arată că normalul înseamnă capacitatea de a-ţi atinge scopurile importante în viaţă fără a interfera cu funcţionalitatea celuilalt. Astăzi, normalitatea este definită în psihopatologie într-un cadru delimitat aproximativ de cele trei criterii menţionate, cu un accent mai puternic pe criteriul funcţional.

Boala, aşa cum este definită mai sus, are mai multe componente, pe care le discutăm succint în continuare (vezi şi David, 2003; David, 2006a).

(1) *Manifestări* (pentru detalii, vezi Boloşiu, 1990). Fiecare boală presupune anumite modalităţi de manifestare, un anumit tablou clinic, format adesea (vezi şi figura 5.1.) din elemente afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice interrelaţionate; în unele situaţii, boala poate să nu aibă un tablou clinic identificabil sau uşor identificabil. Tabloul clinic – numit şi simptomatologia pacientului – conţine semne şi simptome. Semiologia (gr. *semeion* – semn, marcă după care ceva poate fi cunoscut; *logos* – discurs, ştiinţă) este ştiinţa care se ocupă cu studiul acestora. *Semnele* (lat. *signum* – însemnare, marcă) sunt forme de manifestare ale bolii care pot fi identificate de clinician sau de altă persoană (inclusiv de pacient) pe baza simţurilor proprii (prelungite cu ajutorul aparatelor, dacă este cazul – stetoscop), independent de ceea ce declară pacientul (de exemplu, modificări ale culorii pielii; modificări în comportament). *Simptomele* (gr. *symptoma* – ceea ce se produce, apare, de la *syn*, „împreună”, şi

piptein, „a cădea”) sunt acele manifestări ale bolii care apar în primul rând în sfera de percepţie a bolnavului şi sunt experienţiate de acesta la nivel subiectiv. Ele pot fi cunoscute de clinician doar indirect, prin intermediul declaraţiilor pacientului (de exemplu, starea de frică); cu scop didactic, să ne reamintim aici conceptul behaviorist de comportament interiorizat. Unele semne şi simptome tind să apară împreună, constituind sindroame (gr. *syn* – împreună; *dromos* – cale, cursă), numite şi tulburări. De exemplu, concepţiile negative legate de propria persoană, de prezent şi viitor tind să apară împreună, constituind un sindrom depresiv (Beck *et al.*, 1979). Un sindrom poate să aibă o etiologie multiplă. Dacă mecanismele etiopatogenetice (mai ales factorii determinanţi) ale unui sindrom sunt cunoscute, atunci, în principiu, putem vorbi despre boală (pentru detalii privind relaţiile existente între conceptul de sindrom şi cel de boală, vezi Boloşiu, 1990).

În tabloul clinic, componenta afectiv-emoţională/subiectivă (simptom) este fundamentală; în domeniul psihoterapiei, pacienţii se prezintă la tratament mai ales din cauza acestor manifestări (egodistonici); dacă ele nu există, atunci, adesea, ei ajung la psihoterapie doar constrânşi legal şi/sau de grupul de apartenenţă (egosintonici).

Tratamentele care vizează direct remiterea/ameliorarea acestor manifestări, fără a schimba cauzele şi mecanismele care le-au generat, se numesc tratamente simptomatice. De exemplu, deşi factorul cognitiv este un mecanism etiopatogenetic fundamental în apariţia atacului de panică, medicaţia anxiolitică poate ameliora tabloul clinic blocând efectele psihofiziologice/biologice ale acestui mecanism (care însă rămâne activ).

(2) *Boala presupune anumiţi agenţi cauzali/factori etiologici* (pentru detalii, vezi Price şi Lynn, 1981). Două criterii sunt mai importante în literatura de profil în clasificarea acestor agenţi/factori etiologici. *După natura lor*, ei se clasifică în agenţi exogeni şi agenţi endogeni. La rândul lor, agenţii exogeni pot să fie fizici (mecanici, termici, electrici, prin energie radiantă etc.), chimici (acizi, baze, săruri), biologici (microbi, virusuri, paraziţi, ciuperci, diferite macromolecule organice etc.) şi psihosociali (stresori, stil de viaţă nesănătos). Agenţii endogeni (factori genetici) pot fi consideraţi primari, producând diverse tipuri de anomalii ereditare; în ultimă instanţă, ei sunt însă agenţi exogeni care au acţionat fie asupra aparatului genetic al strămoşilor noştri, fie asupra aparatului nostru genetic în cursul dezvoltării (ontogenezei) şi existenţei noastre. *După funcţia lor*, agenţii etiologici se împart în: (1) factori declanşatori; (2) factori determinanţi; (3) factori favorizanţi; (4) factori predispozanţi/de risc; (5) factori de menţinere.

Factorii declanşatori reprezintă acei factori care produc în mod direct simptomatologia; ei sunt necesari pentru declanşarea tabloului clinic, dar adesea nu sunt şi suficienţi. Unul dintre factorii declanşatori cei mai importanţi în psihopatologie se referă la *discrepanţa cognitivă* dintre motivaţia pacientului (de exemplu, scopuri/dorinţe exprimate în aşteptări – *hopes* – şi expectanţe – *expectancies* etc.) şi evenimentele activatoare. Cu cât această discrepanţă este mai mare, cu atât

problemele psihologice sunt mai severe. Studiile arată că discrepanţa este cu atât mai mare cu cât motivaţia noastră este mai imperativă, extrema fiind formularea scopurilor/dorinţelor în termeni absolutişti de „trebuie cu necesitate…” (Ellis, 1994). Trebuie făcută o diferenţă clară între factorii declanşatori şi cei determinanţi.

Factorii determinanţi au aceleaşi caracteristici ca şi cei declanşatori – produc în mod direct simptomatologia –, dar ei sunt legaţi specific de un anumit tablou clinic (de exemplu, bacilul Koch pentru tuberculoză), în timp ce factorii declanşatori nu sunt specific legaţi de un tablou clinic (de exemplu, stresorii, ca factori declanşatori, pot fi asociaţi cu tulburări depresive sau anxioase). Atunci când tabloul clinic este prezent, şi ei sunt prezenţi; atunci când ei nu sunt prezenţi, nici tabloul clinic nu este prezent. Până acum, în psihopatologie au fost identificaţi clar puţini factori determinanţi, mai ales de natură psihosocială (vezi tabelul 2.4).

Factorii favorizanţi joacă în psihopatologie rolul pe care catalizatorii îl joacă în reacţiile chimice. O serie de reacţii chimice se pot desfăşura cu şi fără catalizatori, dar prezenţa acestora eficientizează întregul proces. Similar, factorii favorizanţi eficientizează acţiunea factorilor declanşatori şi determinanţi în apariţia tabloului clinic. De exemplu, condiţiile economice (ca resursele financiare reduse) pot favoriza instalarea unui tablou clinic.

Factorii predispozanţi (de vulnerabilitate) sunt acei factori care au un caracter local sau general, aparţin pacientului, au fost prezenţi înainte de instalarea tabloului clinic şi care, prin interacţiune cu factorii declanşatori, determinanţi şi/sau favorizanţi, duc la apariţia tabloului clinic. De exemplu, schemele cognitive disfuncţionale constituie factori de vulnerabilitate generală pentru o categorie largă de tulburări psihice, iar gândurile automate sunt factori de vulnerabilitate locală pentru reinstalarea tabloului clinic. Unii factori predispozanţi pot face parte din tabloul clinic. Aceasta se întâmplă mai ales dacă sunt locali (de exemplu, gândurile automate). Atenţie! Uneori, şi unii factori predispozanţi generali pot face parte din tabloul clinic (de exemplu, tulburările de personalitate de pe Axa II din DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Manualul de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale*, APsyA: American Psychiatric Association/Asociaţia Americană de Psihiatrie – DSM-IV, APsyA, 2000). Acest rol dublu este stabilit de tradiţie; astfel, dacă tradiţia clinică i-a inclus în tabloul clinic, dar cercetările ulterioare i-au identificat ca având rol de vulnerabilitate, atunci sunt consideraţi factori de vulnerabilitate ca parte a tabloului clinic. În plus, unii factori de vulnerabilitate locală pot fi consideraţi adesea şi reacţii de răspuns ale organismului, atunci când sunt consecinţa interacţiunii dintre factorii declanşatori sau determinanţi şi o stare de vulnerabilitate generală şi nu determină ei înşişi reacţii semnificative sub aspect clinic.

Factorii de menţinere au rolul de a susţine simptomatologia odată apărută. Acest rol poate fi

jucat de factorii declanşatori, determinanţi, favorizanţi sau predispozanţi care au produs tabloul clinic, dar şi de alţi factori – încadrabili în aceleaşi categorii – care au apărut după generarea tabloului clinic. Unii factori de menţinere au caracter general şi nespecific (de exemplu, autointerpretarea negativă a tabloului clinic, reacţiile negative ale mediului social la tabloul clinic al pacientului), „colorând" în mod similar tablouri clinice diferite; adesea, în DSM, acest lucru este exprimat în sintagma „răspuns fiziologic în legătură cu stresul" (DSM-IV, APsyA, 2000).

Toţi factorii etiologici descrişi aici interacţionează pentru a genera un anumit tablou clinic, dar aceasta nu înseamnă că de fiecare dată când apare un tablou clinic trebuie să fie prezenţi factori din fiecare categorie menţionată (în anumite situaţii, factorii favorizanţi pot să nu fie prezenţi, iar în psihopatologie este adesea dificil să se identifice factorii determinanţi).

Tratamentele care urmăresc modificarea acestor factori şi, prin aceasta, remiterea tabloului clinic se numesc tratamente etiologice, ele vizând cauza manifestărilor bolilor.

(3) *Reacţii de răspuns ale organismului la acţiunea agenţilor etiologici* (pentru detalii, vezi Price şi Lynn, 1981; Selye, 1976). Aceste reacţii pot să fie specifice sau nespecifice, fiecare dintre ele, la rândul său, putând fi locală sau cu caracter general. Toate aceste reacţii se pot manifesta la nivel biologic (de exemplu, modificarea tensiunii arteriale) sau la nivel psihologic (de exemplu, deficienţe la nivelul memoriei implicite). Aceste reacţii sunt identificabile prin analize de laborator (de exemplu, teste medicale şi psihologice).

Uneori, distincţia dintre *factori predispozanţi locali*, *reacţii de răspuns* şi *semn* este una dificilă şi doar didactică; de exemplu, distorsiunea prelucrării informaţiei la anxioşi (focalizarea pe pericol) poate să fie considerată atât un semn, cât şi o reacţie de răspuns; pentru a complica situaţia, distorsiunea prelucrării informaţiei poate fi considerată şi factor de vulnerabilitate (locală sau generală), care, în interacţiunea cu o situaţie de pericol, declanşează un tablou clinic. Ce facem în aceste situaţii? Adesea, tradiţia stabileşte dacă, de exemplu, o manifestare înregistrabilă independent de pacient este o reacţie la boală sau un semn; o strategie cu valoare euristică este aceea că, dacă înregistrarea presupune metode complexe (cum ar fi analizele de laborator), atunci manifestarea poate fi considerată *reacţie de răspuns*, iar dacă se face pe baza simţurilor proprii (sau cu instrumente care prelungesc la minimum simţurile proprii – stetoscopul), atunci poate fi considerată *semn*. La fel, dacă modificarea este locală şi rezultă din interacţiunea dintre factori declanşatori sau determinanţi şi vulnerabilitatea generală, este adesea considerată reacţie de răspuns; dacă însă determină, la rândul său, reacţii de răspuns semnificative clinic şi/sau nu este rezultatul unei vulnerabilităţi generale, atunci este considerată *factor predispozant local*. De exemplu, gândurile automate constituie componente ale tabloului clinic; ele sunt însă şi factori predispozanţi – de vulnerabilitate locală –, căci, deşi rezultă din interacţiunea dintre factori declanşatori/determinanţi şi o vulnerabilitate generală, generează, la rândul lor, reacţii puternice

afectiv-emoţionale/subiective, comportamentale şi/sau psihofiziologice/biologice.

Atunci când modificările nespecifice şi generale sunt dominante (sindromul de adaptare generală/*general adaptation syndrome*), discutăm despre tulburări de adaptare (Selye, 1976); ele sunt determinate mai ales de activarea axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian cu efecte hormonale importante pentru organism. Interrelaţiile dintre aceste reacţii de răspuns sunt complexe. De exemplu, modificările locale specifice şi nespecifice (cum ar fi sindromul de adaptare locală/*local adaptation syndrome*) pot uneori declanşa modificări cu caracter general, specific şi/sau nespecific. Cu privire la modul în care apar aceste reacţii ca răspuns al organismului la acţiunea unor factori etiologici, s-a dezvoltat o întreagă ştiinţă: patogenia (gr. *pathos* – suferinţă; *gennao* – a genera). Tratamentele care vizează modificarea lor şi, prin aceasta, ameliorarea/remiterea tabloului clinic al pacientului se numesc tratamente patogenetice. Tratamentele etiologice şi cele patogenetice (etiopatogenetice) sunt un deziderat în intervenţia medicală şi psihologică, deoarece ele vizează cauzele distale (cele etiologice) şi proximale (cele patogenetice) ale tabloului clinic; aplicate corect, ele previn recăderile – *relapse* – (reapariţia tabloului clinic) şi/sau recurenţa – *reccurence* – (reapariţia tulburării). Tratamentele simptomatice, deşi pot ameliora şi remite tabloul clinic, nu sunt cauzale şi deci nu împiedică recăderile şi/sau recurenţa tulburării; de aceea, rolul lor este de a acţiona (1) în situaţii de criză şi/sau (2) până când este posibilă administrarea unor tratamente etiopatogenetice şi/sau (3) până când tabloul clinic se ameliorează ca urmare a evoluţiei naturale a bolii.

În baza celor discutate mai sus, o clasificare cu rol euristic a bolilor este prezentată în tabelul 2.1 (pentru detalii, vezi David, 2003; David, 2006a). Această clasificare consideră simultan criteriul etiopatogenetic şi cel semiologic şi arată clar rolul tratamentelor psihologice şi al celor biomedicale în diverse categorii de tulburări, categorii care nu sunt mutual exclusive şi nu interacţionează.

Tabelul 2.1. *O clasificare euristică a bolilor în funcţie de tabloul clinic şi de mecanismele etiopatogenetice*

Semne şi simptome. Mecanisme etiopatogenetice	**Predominant psihologice**	**Predominant somatice**
Predominant psihologice	Tulburările psihice „clasice” (pentru detalii, vezi DSM-IV, APsyA, 2000)	Tulburări psihosomatice (pentru detalii, vezi Kaplan şi Sadock, 1998) Tulburări somatoforme (pentru detalii, vezi DSM-IV, APsyA, 2000)

Predominant somatice	Tulburări psihice cauzate de unele condiţii medicale sau de consumul de substanţe (pentru detalii, vezi DSM-IV, APsyA, 2000)	Tulburările somatice „clasice” (pentru detalii, vezi ICD-10, WHO/OMS, 1992)

Legendă: ICD-10 – International Classification of Diseases and Related Health Problems/Clasificarea Internaţională a Maladiilor şi a Problemelor în Legătură cu Sănătatea, ediţia a X-a; APsyA – American Psychiatric Association/Asociaţia Psihiatrilor Americani; DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Manualul de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale*, ediţia a IV-a; WHO/OMS – World Health Organization/Organizaţia Mondială a Sănătăţii.

Tulburările care au un tablou clinic format din semne şi simptome predominant psihologice şi care implică mecanisme etiopatogenetice predominant psihologice necesită tratamente psihologice. În acest caz, tratamentele medicamentoase sunt doar simptomatice şi nu vizează cauza tabloului clinic. Tulburările care au un tablou clinic dominat de semne şi simptome psihologice, dar au mecanisme etiopatogenetice somatice, necesită în primul rând un tratament medical; rolul diagnosticului diferenţial este foarte important şi psihologii trebuie să fie atenţi la această categorie care poate induce în eroare, sugerând că este necesar în primul rând un tratament psihologic (în această situaţie, tratamentul psihologic este simptomatic sau parţial patogenetic, dar nu unul etiologic). Tulburările care au un tablou clinic dominat de semne şi simptome somatice şi ale căror mecanisme etiopatogenetice sunt predominant somatice formează nucleul tare al medicinei tradiţionale; în acest caz, tratamentele psihologice sunt doar simptomatice, adjuvante celor medicale, vizând reacţia psihologică la boală. Tulburările al căror tablou clinic implică semne şi simptome somatice, dar în care mecanismele etiopatogenetice sunt predominant psihologice, reprezintă o provocare pentru psihologi şi medici. Ele necesită, în mai mare măsură decât celelalte categorii de tulburări, muncă în echipă şi, eventual, un tratament psihologic şi medical combinat. Pentru psiholog este adesea o provocare să facă psihoterapie cu această categorie de bolnavi deoarece, având simptomatologie somatică, ei nu înţeleg clar şi nu acceptă uşor rolul factorilor psihologici în generarea ei; acest lucru reflectă lipsa culturii psihologice şi prezenţa unui model biomedical ortodox şi puternic, nu doar la nivelul unui segment larg de profesionişti din domeniul sănătăţii, dar şi la nivelul simţului comun.

Relaţia dintre componenta biologică (B) şi cea psihologică (P) este încă insuficient înţeleasă de unii profesionişti. Din păcate, cei mai mulţi au gândirea marcată încă de dualismul cartezian; dacă sunt medici, consideră adesea că biologicul cauzează psihologicul (de exemplu, serotonina cauzează starea stresantă/depresivă), iar dacă sunt psihologi, consideră adesea că psihologicul cauzează modificările biologice (de exemplu, starea stresantă/depresivă şi/sau un stresor puternic alterează metabolismul serotoninei). Dezvoltările din neuroştiinţele cognitive au depăşit de mult dualismul cartezian. Figura 2.1 arată că discursul psihologic şi cel medical sunt adesea descrieri diferite ale aceleiaşi realităţi/aceluiaşi fenomen (Kirsch, 1990; vezi şi Hyland, 1985). Altfel spus,

urmând o analogie din literatura de specialitate (vezi şi Kirsch, 1990), aşa cum Muhammad Ali şi Cassius Clay sunt nume diferite pentru aceeaşi persoană, limbajul psihologic şi cel biomedical sunt descrieri diferite ale aceluiaşi fenomen. După cum este absurd să spunem că Muhammad Ali este cauza lui Cassius Clay sau Cassius Clay cauzează pe Muhammad Ali, tot aşa nu are sens să ne punem mereu problema dacă biologicul cauzează psihologicul sau, invers, dacă factorii psihologici cauzează modificări biologice. În figura 2.1, P1 se poate referi, de exemplu, la schemele cognitive disfuncţionale. Desigur, ele nu există în aer, corespunzându-le probabil o anumită realitate neurobiologică (B1); ipotetic, ea s-ar putea referi la un deficit de serotonină. Schema cognitivă disfuncţională este o cauză pentru o trăire depresivă (P2). Acestei trăiri îi corespunde, desigur, o realitate neurobiologică (B2) (ipotetic: o amplitudine scăzută a potenţialului postsinaptic excitator). Aşadar teoria psihologică şi cea biologică ale depresiei nu sunt în opoziţie sau alternative. Ele sunt descrieri diferite ale aceluiaşi fenomen; în acest context, discursul „cauzal" trebuie menţinut în cadrul aceluiaşi limbaj. Afirmaţia „schemele cognitive cauzează trăirea depresivă" ar putea corespunde în limbaj biomedical, urmând ipoteza noastră anterioară, afirmaţiei „deficitul de serotonină determină o amplitudine redusă a potenţialului postsinaptic excitator". Deficitul de serotonină nu ne face să avem scheme cognitive disfuncţionale, ci reprezintă descrierea biologică a schemelor cognitive disfuncţionale! Similar, factorii psihologici nu cauzează modificări ale indicatorilor neurobiologici, ci corespund unor (descriu) astfel de modificări! Într-adevăr, studiile existente (vezi, pentru sinteză, David, 2003) arată că intervenţia psihoterapeutică nu modifică doar factorii psihologici, ci modificarea acestor factori este asociată cu modificări neurobiologice (de exemplu, în metabolismul serotoninei); aşadar orice psihoterapie este farmacoterapie. La fel, intervenţia medicamentoasă afectează nu doar componenta biologică, ci şi factorii psihologici.

Prin urmare, dacă asupra unui fenomen avem atât teorii psihologice, cât şi teorii biomedicale, care este teoria pe care o preferăm? Depinde de situaţie. De pildă, am putea să facem o analiză neurocerebrală asociată deficitului de scris-citit. Însă am putea să facem şi o analiză psihologică a acestui deficit. Care dintre cele două abordări este mai utilă în această situaţie? Analiza psihologică mă ajută să elaborez programe de intervenţie pentru dezvoltarea scrisului şi cititului. Nu există încă „pastile" care, odată înghiţite, să mă înveţe să scriu! În schimb, în alte situaţii, o analiză în termeni biologici este mai utilă decât una în termeni psihologici. De exemplu, prezenţa halucinaţiilor poate fi explicată şi psihologic (vezi capitolul 7), dar o teorie din perspectiva psihiatriei biologice este mai utilă deoarece ea s-a exprimat în tratamente medicamentoase care pot reduce intensitatea şi frecvenţa acestora mai eficient decât intervenţiile psihocomportamentale.

Diferenţele de eficienţă dintre un tratament psihologic şi unul medical ţin de nivelul de sofisticare la care s-a ajuns în cadrul teoriilor şi tehnicilor asociate lor, psihologice sau biologice. De exemplu, în cazul tulburării depresive majore, atât psihoterapia, cât şi medicaţia au aceeaşi

eficienţă la sfârşitul tratamentului, dar psihoterapia este mai eficientă pe termen lung, prevenind recăderile (Beck, 1976). În cazul tulburărilor de tip psihotic, intervenţia medicamentoasă este mai avansată, astfel că nu are sens să utilizăm tehnici psihoterapeutice (de exemplu, comportamentale) pentru a controla halucinaţiile în timpul episodului psihotic (deşi există astfel de tehnici); în acest caz, tehnicile terapeutice intervin după şi împreună cu tratamentul medicamentos, pentru a-i potenţa efectul, şi/sau vizează simptomele reziduale.

Rezumând, realitatea este complexă şi multinivelară, limbajul psihologic şi cel biologic fiind adesea descrieri diferite ale aceluiaşi fenomen (pentru detalii şi implicaţii, vezi Kirsch, 1990); preferăm acea descriere care este mai avansată şi permite intervenţii mai potente. Acestea fiind spuse, este clar că anumite fenomene biologice nu sunt descriptibile psihologic (probabil că modificările concentraţiei de enzime din pancreas nu au corespondent psihologic direct). Evident că, aşa cum astronomul vorbeşte despre „răsărit şi apus”, deşi, sub aspect tehnic, ştie că nu există aceste lucruri (există doar mişcările relative ale Soarelui şi Pământului), şi noi utilizăm expresii care se referă la modul în care nivelul cognitiv influenţează nivelul biologic sau invers; este în regulă atât timp cât înţelegem că nivelul psihologic nu afectează direct nivelul biologic, ci prin concomitenţele sale neurobiologice, şi, invers, nivelul biologic nu afectează direct nivelul psihologic, ci prin concomitenţele sale psihologice.

Mecanismele biologice implicate în starea de sănătate şi în starea de boală sunt prezentate în lucrări de psihiatrie şi medicină. În continuare, prezentăm echivalentele lor psihologice – mecanismele psihologice implicate în sănătate şi boală –, aşa cum sunt ele descrise în abordarea cognitiv-comportamentală.

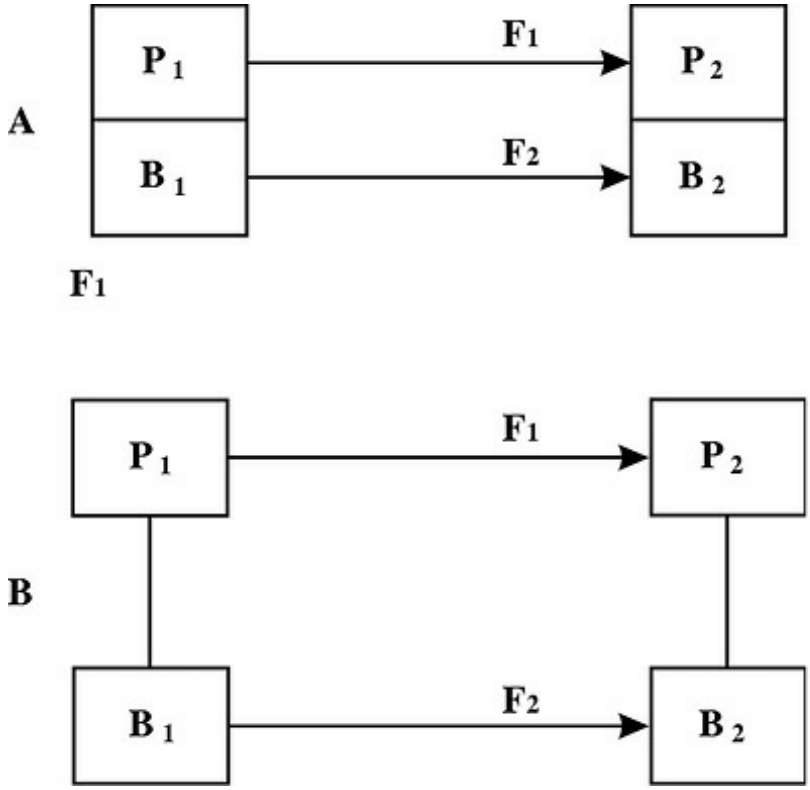


Figura 2.1. *Relaţia dintre psihic (P) şi biologic (B) în cazul a două fenomene (F: F1 şi F2), prezentată în două modalităţi grafice (A şi B)*

2.2. Paradigma cognitiv-comportamentală

În continuare vom analiza comprehensiv aspectele fundamentale ale paradigmei cognitiv-comportamentale (vezi şi David, 2003; David, 2006a; David, 2006b; David *et al.*, 1998/2000).

2.2.1. Fundamente

Paradigma cognitiv-comportamentală se referă la un set de cunoştinţe şi practici clinice comune stabilite de fondatorii ei. Această paradigmă cuprinde o serie de şcoli/abordări/modele care s-au dezvoltat istoric în cadrul său. O şcoală/abordare/model se referă la (1) scrierile fondatorului şi scrieri reprezentative (istorice/biografice) despre el şi (2) scrieri ale colaboratorilor (unora dintre „elevii") săi reprezentativi. Probabil că cele mai reprezentative şcoli (vezi pentru detalii

http://www.eabct.com şi http://psihoterapiecbt.ro) sunt terapia comportamentală (Watson, Skinner), terapia raţional-emotivă şi comportamentală (REBT; Ellis, Dryden, DiGiuseppe), terapia cognitivă (Beck, Freeman, Leahy), modificările cognitiv-comportamentale (Meichenbaum), terapia multimodală (Lazarus). REBT (www.rebt.org) şi terapia cognitivă (www.beckinstitute.org) reprezintă prototipul acestor abordări (vezi şi David, 2006a). Aşa cum am mai arătat, paradigma cognitiv-comportamentală este fundamentată de câteva principii, prezentate în continuare (Beck, 1976; David, 2000; David şi Szentagotai, 2006; Ellis, 1962, 1994).

(1) *Cogniţia* (numită şi convingere/credinţă/gând), conştientă şi/sau inconştientă, este cel mai important determinant al răspunsurilor afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi al unor răspunsuri psihofiziologice/biologice, toate interrelaţionate; răspunsurile afectiv-emoţionale/subiective sunt un efect al interacţiunilor celorlalte modificări: cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice. Aceste răspunsuri sunt aşadar cognitiv penetrabile. Răspunsurile care nu sunt cognitiv penetrabile (de exemplu, sunt determinate genetic şi/sau nu au o componentă computaţională) nu fac obiectul abordării cognitiv-comportamentale. Cogniţia este un termen care vizează *prelucrarea informaţională (computaţie)*; sintagma *comportament interiorizat* din tradiţia behavioristă nu mai este utilizată pe scară largă pentru a reflecta conceptul de cogniţie, deşi ea poate fi considerată echivalentă cu aceea de *prelucrări informaţionale*. Cogniţiile sunt structuri informaţionale (prelucrări informaţionale) ce implică *conţinuturi informaţionale* şi *procesele informaţionale* care generează aceste conţinuturi. Conţinuturile informaţionale se referă la motivaţii (de exemplu, scopuri/dorinţe), percepţii, imagini, gânduri (de exemplu, reprezentări, evaluări) etc. şi au caracter specific (se referă la ceva anume), local (situaţional) sau general (transsituaţional). Procesele informaţionale vizează transformarea guvernată de reguli a conţinuturilor informaţionale şi au un caracter nespecific (pot cuprinde orice conţinut informaţional), local (situaţional) sau general (transsituaţional); aceste reguli pot fi adesea modelate şi formalizate prin dubletul „dacă – atunci”.

◊ EXEMPLU

Conţinuturi informaţionale	• Toată lumea mă evită. • Sunt cel mai bun.
Procese informaţionale	• Dacă toată lumea mă evită, atunci nu merit să trăiesc. • Ca să fiu cel mai bun, trebuie să dau tot ce pot (formalizat prin dubletul „dacă – atunci”: Dacă vreau să fiu cel mai bun, atunci trebuie să dau tot ce pot).

Conţinuturile şi procesele care le generează sunt strâns relaţionate, formând structuri cognitive. Unele au caracter local – sunt asociate cu evenimente activatoare specifice/situaţii specifice de viaţă –, altele au caracter general, în sensul că sunt transsituaţionale. În cadrul fiecăreia, aşa cum am spus mai sus, conţinuturile au caracter specific (se referă la ceva anume), iar procesele, caracter nespecific (ele putând cuprinde orice conţinut în dubletul „dacă – atunci").

(2) Mare parte din psihopatologie este rezultatul cogniţiilor disfuncţionale şi/sau iraţionale, fiind aşadar penetrabilă cognitiv.

(3) Cogniţiile disfuncţionale şi/sau iraţionale pot fi identificate şi schimbate.

(4) Schimbarea se face prin tehnici cognitive şi/sau comportamentale.

(5) În abordarea cognitiv-comportamentală, atât teoriile, cât şi procedurile/pachetele de intervenţie trebuie validate ştiinţific.

Pornind de la aceste principii, în abordările cognitiv-comportamentale s-a dezvoltat un model terapeutic riguros şi elegant, modelul ABC cognitiv (Beck, 1976; Ellis, 1962), din care a fost apoi derivat, atunci când focalizarea clinică se face asupra unor comportamente operante, modelul ABC comportamental; modelul ABC comportamental (analiza funcţională a comportamentului) porneşte de la modelul behaviorist original (Skinner, 1974), fiind îmbogăţit, în dezvoltările lui moderne, cu elemente de prelucrare informaţională – de exemplu, expectanţe (vezi contribuţia lui Albert Bandura şi Julian Rotter). Să analizăm în cele ce urmează aceste modele, care constituie pilonii terapiei cognitiv-comportamentale.

2.2.2. Modelul ABC cognitiv

Modelul ABC cognitiv, iniţiat de Ellis (1962) şi dezvoltat apoi de Beck (1976), are următoarele componente (vezi şi David, 2006a; pentru detalii şi/sau noi dezvoltări, vezi şi David *et al.*, 1998/2000; David, 2000; David, 2003a; David şi Szentagotai, 2006)[1]:

A (*activating events*) = evenimentul activator poate fi de tip „situaţie externă" (evenimente de viaţă) sau de tip „situaţie internă/subiectivă" (emoţii, aspecte psihofiziologice/biologice, comportamente). A-ul antrenează întreaga personalitate a individului.

B (*beliefs*) = cogniţiile persoanei (elementul de prelucrare informaţională). Acestea se interpun între evenimentul activator şi consecinţele afectiv-emoţionale/subiective, comportamentale şi/sau psihofiziologice/biologice. Cogniţiile persoanei nu sunt doar declanşate de evenimentul activator, ci şi mediază modul de percepere şi reprezentare a acestuia în mintea noastră.

C (*consequences*) = consecinţele procesării cognitive a evenimentului activator, şi anume: răspunsuri afectiv-emoţionale/subiective, comportamentale şi psihofiziologice/biologice. Consecinţele cognitive nu le menţionăm aici, căci ele sunt incluse la categoria cogniţii (B), iar răspunsurile afectiv-emoţionale/subiective sunt un efect al interacţiunilor modificărilor cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice.

Trebuie precizat faptul că distincţia între A, B şi C este una metodologică, făcută pentru claritatea explicaţiei; în realitate, cele trei componente interacţionează, ele coexistând. La aceste componente de bază se mai adaugă două, cu rol major în intervenţia psihoterapeutică, transformând modelul ABC în modelul ABCDE (Ellis, 1994):

D (*disputing*) = restructurarea cogniţiilor disfuncţionale şi/sau iraţionale.

E (*effective*) = asimilarea unor noi cogniţii eficiente, funcţionale şi/sau raţionale în locul celor disfuncţionale şi/sau iraţionale.

Arhitectura sistemului cognitiv uman este prezentată din perspectiva paradigmei cognitiv-comportamentale (modelul ABC cognitiv) în figura 2.2 (vezi şi Anexa 2).

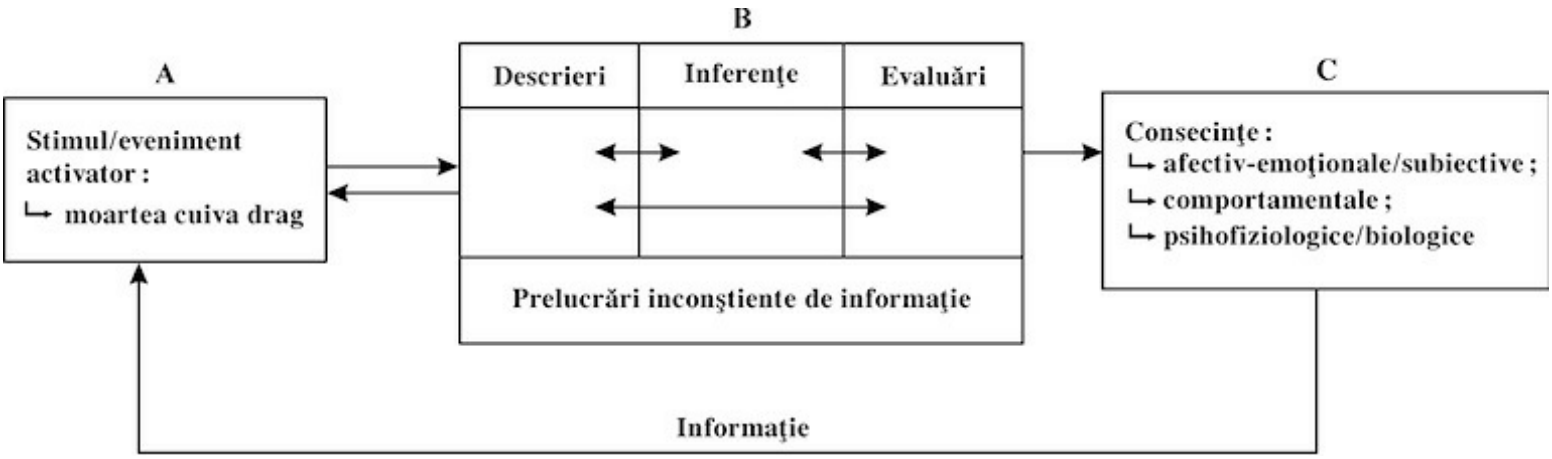


Figura 2.2. *Arhitectura sistemului cognitiv uman din perspectiva paradigmei cognitiv-comportamentale*

2.2.2.1. Evenimentul activator (A)

Stimulul este orice eveniment activator de tip „situaţie externă” şi/sau „situaţie internă” care poate afecta activitatea analizatorilor noştri. În funcţie de nivelul de analiză ales, stimulul poate să fie foarte simplu (un spot luminos) sau foarte complex (un eveniment de viaţă, precum moartea unei persoane apropiate). Stimulul poate fi subliminal (nu poate fi perceput conştient) sau supraliminal (poate fi perceput conştient). Odată perceput, el declanşează o serie de prelucrări informaţionale, cu caracter local şi/sau general, fiecare cu caracter specific şi nespecific. Unele dintre ele au un dublaj lingvistic şi, în consecinţă, pot fi conştientizate, în timp ce altele nu au un dublaj lingvistic,

neputând fi conştientizate (David, 2000). Prelucrările informaţionale care au un dublaj lingvistic pot funcţiona conştient (raţionament deductiv) sau inconştient (automatizarea unor deprinderi învăţate conştient).

Evenimentul activator (A) nu este direct implicat în determinarea consecinţelor (C), ci cogniţiile (B) care se interpun între A şi C sunt cele care produc C-urile. Aşadar descrierea A-ului trebuie să fie detaliată doar atât cât să avem o imagine generală despre ceea ce se întâmplă, fără a intra în detalii, şi numai atât cât pacientul simte nevoia să vorbească (de exemplu, A – probleme cu soţia). Eventual, putem cere o exemplificare a A-ului (de exemplu, A – ultima ceartă), de la care să demarăm mai specific procesul de identificare a B-ului şi a C-ului; acest proces poate începe însă şi de la un A mai general. Vom reveni detaliat asupra A-ului atunci când vom aborda problema practică (vezi mai jos distincţia dintre problema practică şi problema emoţională).

2.2.2.2. Prelucrările informaţionale/cogniţiile (B)

Prelucrările informaţionale se pot clasifica, cu referire la sursa lor, în două mari tipuri: descendente şi ascendente. *Prelucrările informaţionale descendente* sunt influenţate de baza de cunoştinţe a subiectului, adică pot fi modificate prin tehnici de intervenţie psihoterapeutică. *Prelucrările informaţionale ascendente* sunt implicate în formarea reprezentării senzoriale a realităţii interne sau externe şi sunt influenţate şi declanşate de caracteristicile fizice ale stimulilor externi sau interni; cel mai adesea, ele sunt modulare şi nu sunt modificabile prin tehnici de intervenţie cognitiv-comportamentală, cel puţin la nivelul actual de dezvoltare al terapiei cognitiv-comportamentale. Aşadar, în interacţiunea sa cu realitatea, subiectul uman nu este un participant pasiv, el contribuind activ la reprezentarea ei. Această participare activă se realizează prin intermediul prelucrărilor informaţionale descendente.

Prelucrările informaţionale pot fi analizate, în principiu, printr-o infinitate de criterii. Din punct de vedere clinic, cele mai importante structuri cognitive sunt următoarele: (1) cogniţii descriptive şi inferenţiale (descrieri şi inferenţe); (2) cogniţii evaluative (evaluări); (3) prelucrări inconştiente de informaţie. Să le analizăm în continuare.

2.2.2.2.1. Cogniţii descriptive şi inferenţiale (gânduri automate şi scheme cognitive)

Procesările informaţionale descendente influenţează prelucrarea realităţii interne sau externe în două moduri. În primul rând, prin *cogniţiile descriptive şi inferenţiale*, ele contribuie, împreună cu procesările informaţionale ascendente, la *reprezentarea* realităţii în mintea noastră pentru a ne

putea raporta la ea. În al doilea rând, prin *cogniţiile evaluative*, procesările descendente „retuşează" formele finale, nuanţând aceste reprezentări; astfel, pe baza aşteptărilor/expectanţelor pe care le generează în privinţa acestei realităţi, pornind de la experienţa anterioară, cogniţiile evaluative influenţează modul în care ea este reprezentată (vezi efectul expectanţelor asupra „figurilor duble" – *seeing is believing*) atât direct, cât şi prin intermediul cogniţiilor descriptive şi inferenţiale. Aşadar reprezentarea perceptuală este prima modalitate de proiecţie a stimulului în sistemul nostru cognitiv. Ea generează, la rândul său, un lanţ de prelucrări informaţionale. *Cogniţiile descriptive* sunt acele structuri cognitive care au un dublaj lingvistic şi care descriu/reflectă stimulii în sistemul cognitiv prin propoziţii de observaţie (protocolare). De exemplu, aserţiunea „Este ora 10, iar soţia nu a ajuns încă acasă" este o descriere. Uneori, descrierea poate să fie distorsionată; de pildă, într-o situaţie problematică, pacienţii anxioşi vor avea tendinţa să remarce în primul rând aspectele negative şi ameninţătoare ale acesteia şi să ignore aspectele pozitive de siguranţă (vezi, de asemenea, cazul „figurilor duble"). *Cogniţiile inferenţiale* au dublaj lingvistic, pornesc de la descrieri, dar trec dincolo de actul perceptiv (de exemplu, „Faptul că soţia nu este acasă la ora 10 arată că mă înşală şi că nu mă iubeşte"). În cazul în care cogniţiile descriptive şi inferenţiale au un caracter local, fiind asociate (adesea automat şi inconştient) cu evenimente activatoare (A) specifice (de exemplu, un eveniment de viaţă), şi pot fi accesate conştient prin proceduri specifice, atunci ele sunt numite *gânduri automate*; în sens general însă, gândurile automate includ orice tip de prelucrare informaţională, inclusiv imaginile mentale şi cogniţiile evaluative. *Gândurile automate*, definite în sens restrâns, sunt *structuri cognitive locale* care derivă din *structuri cognitive generale de tip descriptiv şi inferenţial* (din structura de personalitate), numite *cogniţii centrale şi intermediare*, codate în sistemul cognitiv sub formă de *scheme cognitive*. Aceste cogniţii centrale şi intermediare, codate în mintea noastră sub forma unor scheme cognitive, au fost învăţate în cursul dezvoltării ontogenetice, cu accent (neexclusiv însă) pe prima copilărie, şi fac parte din structurile noastre de personalitate.

Cogniţiile descriptive şi inferenţiale, numite în literatura de specialitate şi „cogniţii reci" (*cold cognitions*), deoarece nu pot genera direct reacţii afective (dar pot produce comportamente operante!), independent de cogniţiile evaluative, numite şi „cogniţii calde" (*hot cognitions*) (vezi David, 2006a), pot fi funcţionale sau disfuncţionale. Disfuncţionalitatea se referă la faptul că nu sunt susţinute logic (nu respectă principiile şi regulile logicii), empiric (nu sunt dovezi care să le susţină) şi/sau pragmatic (nu ne ajută). Funcţionalitatea se referă la faptul că ele sunt susţinute logic (respectă principiile şi regulile logicii), empiric (sunt dovezi care să le susţină) şi/sau pragmatic (ne ajută). Dacă gândurile automate disfuncţionale (structurile cognitive locale) sunt parte a tabloului clinic (şi factori de vulnerabilitate locală), schemele cognitive disfuncţionale (structurile cognitive generale) sunt factori de vulnerabilitate generală (vezi şi David şi Szentagotai, 2006).

Gândurile automate şi schemele cognitive funcţionale sunt factori de rezilienţă locală, respectiv generală, la boală şi de promovare a sănătăţii şi a comportamentelor adaptative.

Pe baza a zeci de studii, Aaron Beck (Beck, 1976) a descris cele mai importante structuri cognitive disfuncţionale locale – gânduri automate – şi structuri cognitive disfuncţionale generale (definite logic şi empiric) – cogniţii centrale şi intermediare, implicate ca mecanisme etiopatogenetice în patologie (prin această asociere sunt definite şi pragmatic ca disfuncţionale). Uneori, cogniţiile descriptive şi inferenţiale (de exemplu, „Copiii nu mă iubesc"), deşi corecte logic şi empiric, sunt totuşi disfuncţionale, generând distres; în acest caz, ele fac obiectul intervenţiei psihoterapeutice prin tehnici pragmatice (pentru detalii vezi capitolul 7).

Gândurile automate disfuncţionale pot fi grupate, sub aspectul conţinutului informaţional, în triada cognitivă: (1) gânduri automate disfuncţionale cu referire la propria persoană (de exemplu, „Sunt slab"); (2) gânduri automate disfuncţionale cu referire la viitor (de exemplu, „Viitorul meu este fără speranţă"); (3) gânduri automate disfuncţionale cu referire la experienţele proprii (de exemplu, „Am ratat totul").

Procesele informaţionale care determină conţinuturile informaţionale şi cu care acestea apar împreună, formând structuri cognitive locale (gânduri automate), sunt descrise în continuare (Beck, 1976):

(1) Gândirea dihotomică – plasarea experienţelor de viaţă şi a persoanelor în două categorii distincte, diametral opuse (bun-rău, inteligent-prost, frumos-urât etc.). Varianta funcţională este gândirea nuanţată (de exemplu, este bun la X, mai puţin bun la Y etc.)
(2) Inferenţa arbitrară – extragerea unei concluzii specifice în lipsa dovezilor care să o susţină sau în prezenţa dovezilor care să o infirme. Varianta funcţională este inferenţa susţinută logic de dovezile existente.
(3) Abstracţiunea selectivă – centrarea pe un detaliu scos din context, ignorând totodată aspectele mai relevante ale situaţiei, şi conceptualizarea întregii experienţe pe baza segmentului respectiv. Varianta funcţională este abstracţiunea susţinută logic.
(4) Minimalizarea şi maximalizarea – evaluarea eronată a semnificaţiei sau magnitudinii unui eveniment, într-o măsură suficient de mare pentru a constitui o distorsiune. Varianta funcţională este evaluarea adecvată a semnificaţiei sau magnitudinii unui eveniment.
(5) Suprageneralizarea (generalizarea excesivă) – extragerea unei reguli generale sau concluzii pe baza unuia sau mai multor incidente izolate şi utilizarea acestei reguli în alte situaţii asociate sau nu cu incidentul respectiv. Varianta funcţională este generalizarea susţinută logic.
(6) Gândirea emoţională – oamenii cred că ceva trebuie să fie adevărat fiindcă aşa „simt" ei, ignorând dovezile. Varianta funcţională este evaluarea valorii de adevăr prin dovezi.

(7) Etichetarea – se ataşează o etichetă globală propriei persoane şi/sau altora, fără a ţine seama de dovezi care sunt incompatibile cu această etichetă. Varianta funcţională este evitarea etichetării şi focalizarea pe concret.
(8) Vederea „în tunel" – se notează doar aspectele negative sau doar cele pozitive. Varianta funcţională este înregistrarea tuturor dovezilor şi elementelor existente.
(9) Personalizarea – tendinţa de a asocia nejustificat evenimente externe cu propria persoană. Varianta funcţională este asumarea responsabilităţii atunci când este cazul.

Toate aceste structuri cognitive locale sunt, la rândul lor, derivate din structuri cognitive generale (cogniţii centrale şi intermediare). La nivelul cogniţiilor centrale, două cogniţii centrale disfuncţionale de bază sunt relevante pentru patologie (scheme cognitive disfuncţionale): (1) ideea subiectului că este o persoană fără valoare şi neajutorată – autodepreciere/neajutorare (*worthless/helpless*): „Indiferent ce fac, sunt fără valoare"; (2) ideea că este o persoană neacceptată şi neapreciată de ceilalţi – autoexcludere/neacceptare (*unlovable*): „Indiferent ce fac, sunt de neiubit". Trebuie amintit aici că alţi autori au identificat un număr mai mare de cogniţii centrale disfuncţionale (vezi Chestionarul de Scheme Cognitive Young în Anexa 1). Beck (1995) consideră însă că toate pot fi reduse la acestea două, principale. Din cogniţiile centrale se dezvoltă cogniţiile intermediare, clasificabile în trei categorii relaţionate secvenţial: atitudini, asumpţii şi reguli. În cazul în care cogniţia centrală este disfuncţională (autodepreciere), cogniţiile intermediare vor fi relaţionate cu aceasta într-un mecanism etiopatogenetic complex: (1) atitudini (de exemplu, „Este rău să nu fii apreciat"); (2) asumpţii pozitive cu rol compensator (de exemplu, „Dacă lucrez de două ori mai mult decât ceilalţi, atunci ei mă vor aprecia şi nu vor vedea că sunt prost") şi negative (de exemplu, „Dacă nu lucrez de două ori mai mult decât ceilalţi, atunci ei nu mă vor aprecia şi vor vedea că sunt prost"); (3) reguli cu rol compensator (de exemplu, „Trebuie să lucrez mult şi să nu fac greşeli" – stil de personalitate perfecţionist). Interacţiunea acestor elemente de vulnerabilitate cognitivă generală (cogniţii centrale şi intermediare disfuncţionale), dobândită în cursul dezvoltării ontogenetice, cu evenimente activatoare concrete de viaţă (cum ar fi pregătirea pentru un examen dificil) duce la apariţia unor gânduri automate disfuncţionale (de exemplu, „Nu voi reuşi"), care apoi generează: (1) răspunsuri afectiv-emoţionale/subiective (anxietate), răspunsuri comportamentale (evitarea situaţiei de examen) şi psihofiziologice/biologice (tensiune) patologice sau (2) răspunsuri compensatorii, prin angajarea asumpţiilor pozitive (de exemplu, individul se izolează şi învaţă în plus).

Rezumând (vezi figura 2.3), structurile cognitive generale (cogniţiile centrale care le influenţează pe cele intermediare – atitudini, asumpţii, reguli), în interacţiune cu evenimentele activatoare specifice, generează structuri cognitive locale, exprimate în gândurile automate care, la

rândul lor, produc răspunsuri afectiv-emoţionale/subiective, comportamentale şi psihofiziologice/biologice; generarea răspunsurilor afectiv-emoţionale/subiective este condiţionată de prezenţa cogniţiilor evaluative (vezi mai jos). Dacă aceste mecanisme sunt disfuncţionale, atunci răspunsurile se vor exprima într-un tablou clinic; gândurile automate disfuncţionale fac parte din tabloul clinic şi constituie şi factori de vulnerabilitate locală pentru celelalte componente ale tabloului clinic. Dacă aceste mecanisme sunt funcţionale (de exemplu, cogniţia centrală este: „Indiferent de ceea ce fac, sunt iubit de cei apropiaţi mie"), atunci răspunsurile se înscriu în sfera normalului.

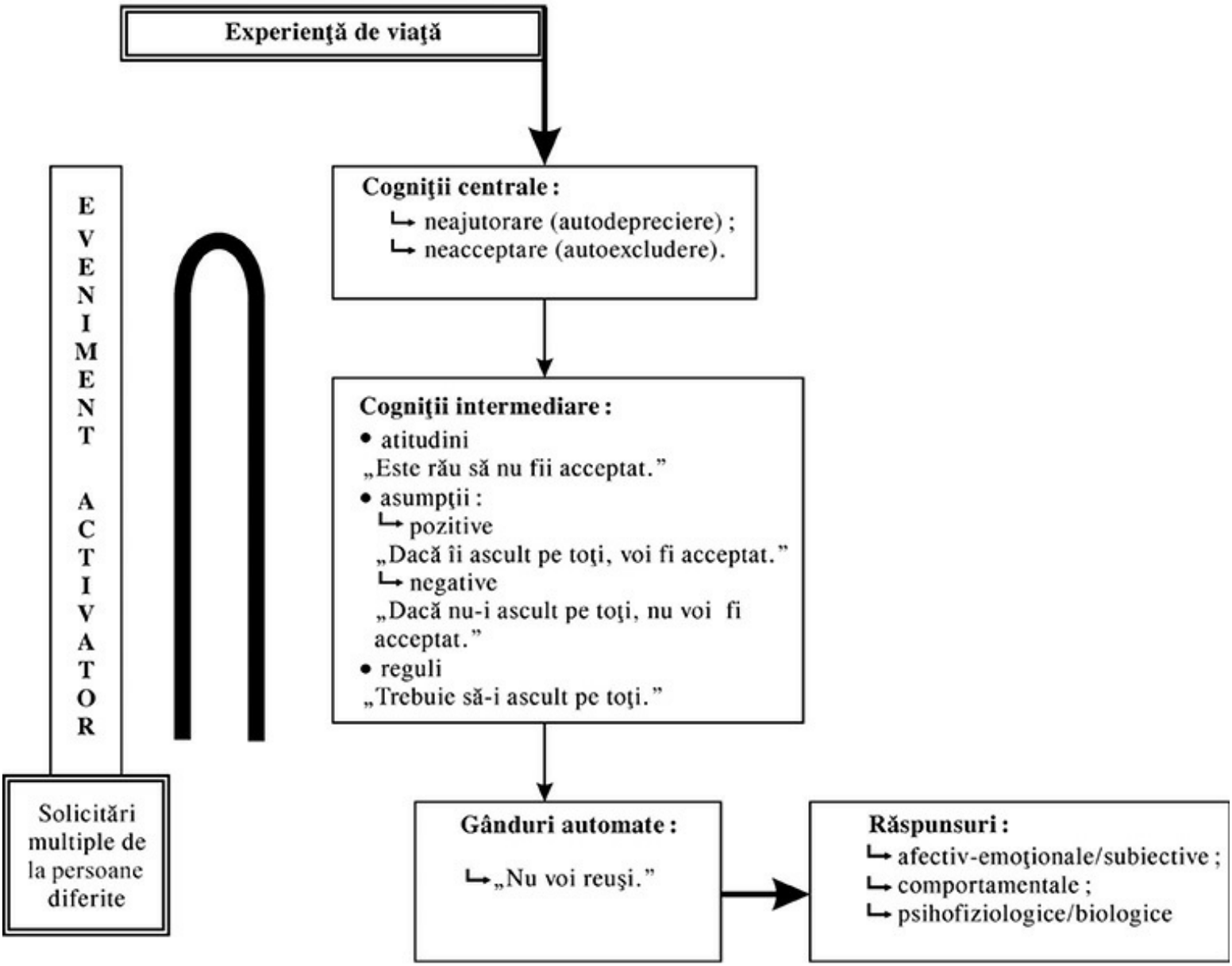


Figura 2.3. *Relaţiile dintre structurile cognitive locale şi generale de tip descriptiv şi inferenţial*

În Anexa 1 (1.2 şi 1.3) prezentăm principalele scale utilizate pentru a evalua: gândurile automate disfuncţionale (ATQ) şi schemele cognitive (cogniţiile centrale şi intermediare), funcţionale şi disfuncţionale (YSQ şi DAS, forma A şi B). Ambele pot fi folosite în scop

educaţional şi de cercetare, anunţând în prealabil International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (http://www.psychotherapy.ro). Utilizarea lor în cadrul unor servicii psihologice şi/sau clinice necesită însă acordul International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (http://www.psychotherapy.ro), care deţine dreptul de copyright, a cărui nerespectare are implicaţii penale.

2.2.2.2.2. Cogniţii evaluative (cogniţii raţionale şi cogniţii iraţionale)

Cogniţiile evaluative sunt structuri cognitive relaţionate cu descrierile şi inferenţele, au dublaj lingvistic şi pot fi raţionale sau iraţionale; în literatura de specialitate se mai numesc şi „cogniţii calde" (*hot cognitions*), condiţionând apariţia reacţiilor afective. În acest context, termenul „raţional" se referă la suportul logic, empiric şi/sau pragmatic. „Iraţional" înseamnă că ceva nu are suport logic, empiric şi/sau pragmatic.

Cogniţiile evaluative generale sunt structuri cognitive generale, considerate factori de vulnerabilitate generală, fiind implicate în structurile de personalitate ale subiectului uman şi în filosofiile lui de viaţă. În relaţie cu evenimentele activatoare specifice, ele pot genera structuri cognitive locale, care iau forma cogniţiilor evaluative locale (gânduri automate).

Albert Ellis (Ellis, 1962/1994) şi colaboratorii săi (vezi, de exemplu, Dryden, 2003), pe baza a zeci de studii, au descris cele mai importante structuri cognitive evaluative generale (definite logic şi empiric), implicate ca mecanisme etiopatogenetice în patologie – prin această asociere sunt şi disfuncţionale – (cogniţii iraţionale) şi/sau în promovarea sănătăţii şi a unui comportament adaptativ (cogniţii raţionale). Cogniţia iraţională generală centrală este gândirea inflexibilă, absolutistă (*demandingness*), din care derivă alte trei cogniţii iraţionale generale intermediare: catastrofarea (*awfulizing*), lipsa de toleranţă la frustrare (*low frustration tolerance/frustration intolerance*) şi evaluarea globală (*global evaluation*). Cogniţia raţional-generală centrală este gândirea flexibilă, nonabsolutistă (*preferential and accepting*), din care derivă apoi celelalte trei cogniţii raţionale generale intermediare: noncatastrofarea (*badness*), toleranţa la frustrare (*frustration tolerance*) şi evaluarea contextuală (*antiglobal evaluation*). Atunci când sunt asociate cu evenimente activatoare specifice, aceste structuri cognitive evaluative generale generează structuri cognitive evaluative locale în forma gândurilor automate. Să analizăm în continuare procesele cognitive evaluative iraţionale şi raţionale, care, aplicate diverselor conţinuturi, pot genera structuri cognitive evaluative generale, respectiv locale, aşa cum apar ele în lucrările clasice din literatura de specialitate (vezi şi David, 2003a).

I. *Trebuie absolutist (gândire absolutistă)* versus *stil preferenţial (gândire flexibilă)*

Specia umană are caracteristica de a avea scopuri/dorinţe. Ele sunt exprimate în prelucrări informaţionale de tip aşteptări ideale (*hopes*) (de exemplu, „Mi-aş dori să reuşesc primul la acest examen, cu nota maximă, dar este puţin probabil să se întâmple”) şi/sau de tip expectanţă (*expectancies*) (de exemplu, „Îmi doresc să reuşesc la aceste examen, dar nu cred să fie aşa”). Ele marchează diferenţa dintre „eul real” (expectanţe, *expectancies*) şi „eul ideal” (aşteptări, *hopes*). Din păcate însă, realitatea nu ne satisface mereu aceste scopuri/dorinţe. Discrepanţa dintre ceea ce ne dorim (mai ales la nivelul eului real!) şi ceea ce se întâmplă este una dintre cauzele fundamentale implicate în psihopatologie (Beck, 1976; Ellis, 1994). Rezolvarea acestei discrepanţe poate lua diverse forme:

(a) *Budismul*: cele patru nobile adevăruri ale budismului ne învaţă că: (1) viaţa este suferinţă; (2) suferinţa rezultă din dorinţă; (3) pentru a elimina suferinţa trebuie eliminată dorinţa; (4) eliminând dorinţa, prin mijloace specifice, se ajunge la starea de nimicire şi eliberare (Nirvana). Mijloacele specifice reprezintă Marga – calea spre Nirvana: (1) înţelegere corectă; (2) gândire corectă; (3) vorbire corectă; (4) acţiune corectă; (5) trăire corectă; (6) efort corect; (7) conştientizare corectă (*right mindfulness*); (8) concentrare corectă. Aşadar rezolvarea acestei discrepanţe cognitive s-ar putea face nimicind dorinţa prin cele opt căi. Un astfel de demers ar fi însă nerealist şi greu de acceptat pentru cultura europeană şi nord-americană, în care dorinţele sunt adesea cultivate.

(b) *Şcoala epicureică* sugera nu eliminarea dorinţelor, ca în varianta budistă, ci reducerea lor drastică la un set care să asigure satisfacerea nevoilor de bază, biologice şi sociale. În acest fel, având mai puţine dorinţe, probabilitatea ca ele să fie nesatisfăcute scade şi oamenii vor putea trăi într-o stare psihologică de pace sufletească (ataraxie).

(c) *Şcoala stoică* rezolvă problema discrepanţei arătând că aceasta este o iluzie. Stoicii erau panteişti, considerând că Dumnezeu este prezent în tot ceea ce există. Dacă Dumnezeu este peste tot, atunci cum poate exista răul? Răul nu există, spuneau stoicii. Răul este corelativul binelui. Binele, aşadar, nu poate exista fără rău şi, în consecinţă, răul este bine! Această etică eroică a stoicilor poate merge până la a afirma că un stoic înlănţuit şi torturat este liber, căci nimeni nu îi poate lua libertatea de a simţi durere şi de a decide cum să se raporteze la ea.

Oricât de interesante sunt aceste abordări filosofice, ele ar putea fi asimilate doar de un segment îngust de populaţie. Pornind de la analiza mecanismelor de bază ale funcţionării cognitive, psihologia (Beck, 1976; Ellis, 1962/1994) propune o perspectivă care acoperă un segment larg al populaţiei (încorporând şi tradiţiile anterioare). Astfel, în principiu, putem avea un număr nelimitat de scopuri/dorinţe, dar ceea ce contează este modul în care le formulăm! Unii dintre noi uită uneori

că nu sunt dumnezei (şi că scopul/dorinţa noastră, exprimată prin cuvânt, nu devine automat realitate) şi, pornind de la scopuri/dorinţe, fac un salt metafizic, ajungând să considere că, dacă îşi doresc ceva, acel ceva trebuie cu necesitate să se întâmple. Raţionalul poate accepta faptul că ne dorim cât mai multe lucruri, dar să nu uităm că simplul fapt că ne dorim ceva, oricât de mult, nu înseamnă că acel lucru trebuie să se întâmple. Aşadar, în timp ce formularea absolutistă şi rigidă a scopurilor/dorinţelor în termeni de „trebuie" este un proces cognitiv iraţional, formularea lor *preferenţială* şi flexibilă, dublată de *acceptarea* faptului că ceea ce dorim s-ar putea să nu se întâmple, este un proces cognitiv raţional. Aceste procese se pot aplica la diverse conţinuturi asociate cu (1) propria persoană, (2) ceilalţi şi (3) viaţa, formând structuri cognitive evaluative generale; dacă sunt asociate şi cu evenimente activatoare specifice, ele formează structuri cognitive evaluative locale în forma gândurilor automate. Aşa cum am spus, aceste structuri cognitive raţionale sau iraţionale sunt predicţii în forma aşteptărilor (*hopes*) – cum sperăm/vrem să fie – şi/sau a expectanţelor (*expectancies*) – cum ne aşteptăm să fie; după cum vom vedea în secţiunea dedicată consecinţelor afectiv-emoţionale/subiective, această distincţie poate să fie una importantă. Prin urmare, alternativa la formularea absolutistă („trebuie cu necesitate") nu este nepăsarea (indiferenţa), ci formularea intensă a unor scopuri/dorinţe în termeni preferenţiali (prefer), dublată de acceptarea faptului că, uneori, aceste scopuri/dorinţe, cu referire la noi, lume şi ceilalţi, nu se îndeplinesc (trebuie să acceptăm că, uneori, lucrurile nu se întâmplă cum ne propunem/dorim noi).

Este adevărat că, atunci când scopurile/dorinţele sunt, ele înseşi, nerezonabile, se poate încerca terapeutic restrângerea lor (număr, intensitate) – vezi epicurienii – şi/sau modificarea lor (de exemplu, în alte scopuri/dorinţe rezonabile, eliminarea unora) – vezi stoicii şi budiştii. Acest demers este unul sensibil, cu implicaţii etice, în măsura în care fiecare om este liber să dorească orice; acesta este şi motivul pentru care, dacă fac obiectul restructurării cognitive, adesea se utilizează tehnici pragmatice, mai puţin normative, de analiză a costurilor şi beneficiilor lor. Utilizarea unor tehnici mai normative (de exemplu, cele logice) se poate face însă dacă dorinţele sunt clar nonnormative, patologice (de exemplu, în pedofilie).

Un analist fin, dar încă novice în abordările cognitiv-comportamentale ar putea întreba: „Cum rămâne atunci cu codurile etice şi morale?". Dumnezeu nu a spus „ar fi de dorit să nu furi", ci formularea are sens imperativ. O analiză atentă a demersului cognitiv-comportamental arată că aceasta este o pseudoproblemă. Dacă „trebuie" apare ca o condiţie într-un proces cognitiv de tipul „Dacă… atunci", el este considerat raţional. De exemplu, „Dacă vrei să fii un bun creştin, atunci trebuie să nu furi" sau „Dacă vrei să intri la şcoala militară, atunci trebuie să treci testul psihologic". Deşi în aceste exemple „trebuie" este imperativ, el nu este absolutist şi rigid, deoarece noi optăm liber dacă vrem să fim sau nu buni creştini ori dacă vrem sau nu să mergem la şcoala militară. Într-adevăr, creştinismul nu te constrânge, ci îţi arată o cale pe care apoi decizi, pe baza

liberului-arbitru, dacă o urmezi sau nu! Odată ce avem aceste opţiuni, „trebuie” devine imperativ. Aşadar, dacă „trebuie” apare într-o formulare condiţională, el este raţional. Evident, este important ca însăşi condiţionarea să fie una raţională, acceptată social. Mulţi pacienţi dezvoltă condiţionări iraţionale: „Dacă vreau să fiu iubită de soţ, trebuie să-i accept toate toanele”; în acest caz, deşi „trebuie” este condiţional, el este iraţional deoarece condiţionarea însăşi este una iraţională. Plastic spus, „Sfânta Treime” a nebuniei este formată din triada cognitivă: (1) eu trebuie cu necesitate… (de exemplu, să reuşesc, să fiu primul); (2) ceilalţi trebuie cu necesitate… (de exemplu, să mă respecte); (3) viaţa trebuie cu necesitate… (de exemplu, să fie dreaptă). Dacă am flexibiliza şi transforma acest stil absolutist în unul preferenţial – (1) eu prefer şi fac tot ceea ce depinde de mine… (de exemplu, să reuşesc, să fiu primul); (2) mi-ar plăcea şi fac tot ceea ce depinde de mine ca ceilalţi… (de exemplu, să mă respecte); (3) mi-ar plăcea şi fac tot ceea ce depinde de mine ca viaţa… (de exemplu, să fie dreaptă) –, mare parte din psihopatologie ar fi eliminată.

II. *Catastrofarea* versus *noncatastrofarea*

În situaţii negative de viaţă, unii oameni au tendinţa de a aloca în mod exagerat resurse cognitive prelucrării acestor evenimente. A catastrofa înseamnă a evalua un eveniment negativ ca fiind cel mai rău lucru care ţi se poate întâmpla. Iraţionalitatea – aşa cum este exprimată aici – se referă la faptul că, oricât de sever ar fi un eveniment negativ, a-l evalua ca fiind cel mai rău lucru care se poate întâmpla este eronat şi nefuncţional. În principiu, putem găsi oricând un eveniment potenţial care să fie mai rău decât ceea ce noi definim la un moment dat ca fiind răul cel mai mare. Albert Ellis spunea la un moment dat, metaforic, că s-a gândit că cel mai rău lucru care i se poate întâmpla este să moară tăiat în bucăţele cu lama; dar şi atunci şi-a dat seama că se poate şi mai rău, în funcţie de graba cu care se taie! Procesul raţional este de a evalua un eveniment negativ pe un continuum, ţinând cont de faptul că, oricât de rău este ceea ce s-a întâmplat, nu putem afirma că este cel mai rău lucru care ni se poate întâmpla. Transformarea acestor cunoştinţe în proceduri clinice nu este uşoară şi trebuie făcută cu grijă, pe fondul unei relaţii terapeutice adecvate.

III. *Toleranţa scăzută la frustrare* versus *toleranţa (crescută) la frustrare*

Ca proces cognitiv iraţional, toleranţa scăzută la frustrare se referă la evaluarea unei situaţii ca fiind intolerabilă, în sensul că este imposibil de acceptat şi de trăit cu ea. Procesul cognitiv raţional se referă la faptul că evaluăm o situaţie ca fiind foarte dificil de tolerat, dar faptul că nu ne place nu înseamnă că este imposibil de trăit cu ea; dacă nu mai suntem dispuşi să o tolerăm şi facem tot ceea ce depinde de noi să o schimbăm, nu înseamnă că este imposibil de tolerat şi că nu putem să ne bucurăm de alte situaţii şi să experienţiem emoţii pozitive.

IV. *Evaluarea globală* versus *evaluarea contextuală*

Evaluarea în termeni globali este un proces cognitiv iraţional, tipic speciei noastre. Avem în mod natural tendinţa de a ne evalua pe noi înşine (incapabil/valoros), pe ceilalţi (buni/răi) şi realitatea înconjurătoare (dreaptă/nedreaptă). Aceste evaluări se fac adesea pornind doar de la câteva comportamente sau fenomene punctuale. Din punct de vedere logic, acest proces este o eroare, deoarece nu putem trage concluzii ferme şi generale într-un raţionament de tip inductiv. Altfel spus, faptul că avem eşecuri nu înseamnă că suntem incapabili, ci doar că avem uneori comportamente insuficient de performante. Trebuie să ne acceptăm necondiţionat ca persoane, pentru simplul fapt că existăm, şi să învăţăm să ne evaluăm comportamentele care, dacă sunt neperformante, trebuie îmbunătăţite.

Acest lucru este valabil şi în cazul evenimentelor pozitive. A spune, în urma unor succese, că suntem buni este tot o structură cognitivă iraţională de evaluare globală. Implicaţiile sunt uriaşe! Programele de dezvoltare a stimei de sine sunt un medicament psihologic (o „pastilă psihologică") care face mai mult rău decât bine. Dezvoltând stima de sine, noi nu îl învăţăm pe client decât să promoveze evaluarea globală. Aşa cum, pornind de la succese, se va evalua pozitiv (şi va avea o stimă de sine pozitivă), în urma unui eşec va fi înclinat să se evalueze negativ. Alternativa este ca el să înveţe să se accepte necondiţionat ca persoană, să-şi evalueze comportamentele şi performanţele, iar atunci când este cazul, să nu le accepte, ci să încerce să le modifice. Acest demers este similar cu mesajul textului biblic, care spune că nu trebuie să pedepsim păcătosul, ci păcatul. Şi noi, ca terapeuţi, acceptăm necondiţionat pacientul, însă nu şi comportamentele sale; lucrăm împreună cu el (cel acceptat) ca să şi le schimbe. În acest sens, nu avem nici o problemă în a accepta în terapie criminali, violatori etc., deoarece, deşi îi acceptăm ca persoane, nu suntem de acord cu comportamentele lor şi lucrăm împreună cu ei pentru a le schimba. În cadrul intervenţiei terapeutice, pacienţii sunt învăţaţi în mod activ şi didactic să conştientizeze şi să accepte faptul că fac parte dintr-o structură socială în cadrul căreia trebuie să manifeste grijă şi înţelegere pentru cei din jur; acest lucru presupune acceptarea celorlalţi ca fiinţe umane valoroase, indiferent dacă se comportă moral, competent sau corect, fără însă a le accepta comportamentele sau gândurile negative sau greşite. Totodată, având în vedere că oamenii sunt înclinaţi să caute mereu gratificarea imediată şi împlinirea rapidă a dorinţelor lor, unul dintre obiectivele intervenţiei noastre este ca pacienţii să înveţe să-şi urmărească cu realism scopurile, fără a emite expectanţe iluzorii asupra condiţiilor de viaţă.

Rezumând (vezi figura 2.4), structurile cognitive evaluative generale – cogniţiile evaluative centrale (trebuie/preferinţă), care le influenţează pe cele intermediare (catastrofare/noncatastrofare, toleranţă scăzută la frustrare/toleranţă la frustrare, evaluare globală/evaluare contextuală) –, în

interacţiune cu evenimente activatoare specifice, generează structuri cognitive evaluative locale – cogniţii evaluative centrale (trebuie/preferinţă), care le influenţează pe cele intermediare (catastrofare/noncatastrofare, toleranţă scăzută la frustrare/toleranţă la frustrare, evaluare globală/evaluare contextuală) –, exprimate în gândurile automate care, la rândul lor, produc răspunsuri afectiv-emoţionale/subiective, comportamentale şi psihofiziologice/biologice. Dacă aceste mecanisme sunt iraţionale, atunci răspunsurile se vor exprima într-un tablou clinic; gândurile automate iraţionale fac parte din tabloul clinic şi constituie factori de vulnerabilitate locală pentru celelalte componente ale tabloului clinic. Dacă aceste mecanisme sunt raţionale (de exemplu, cogniţia evaluativă centrală este formulată preferenţial), atunci răspunsurile se înscriu în sfera normalului. Cogniţiile evaluative generale sunt factori de vulnerabilitate generală (patogeneză) pentru patologie (vezi Anexa 2: „2.2. Decalogul iraţionalităţii") şi de rezilienţă generală (sanogeneză) pentru promovarea sănătăţii (vezi Anexa 2: „2.3. Decalogul raţionalităţii"), devenind repere pentru un stil de viaţă sănătos (vezi Anexa 2: 2.4; 2.6).

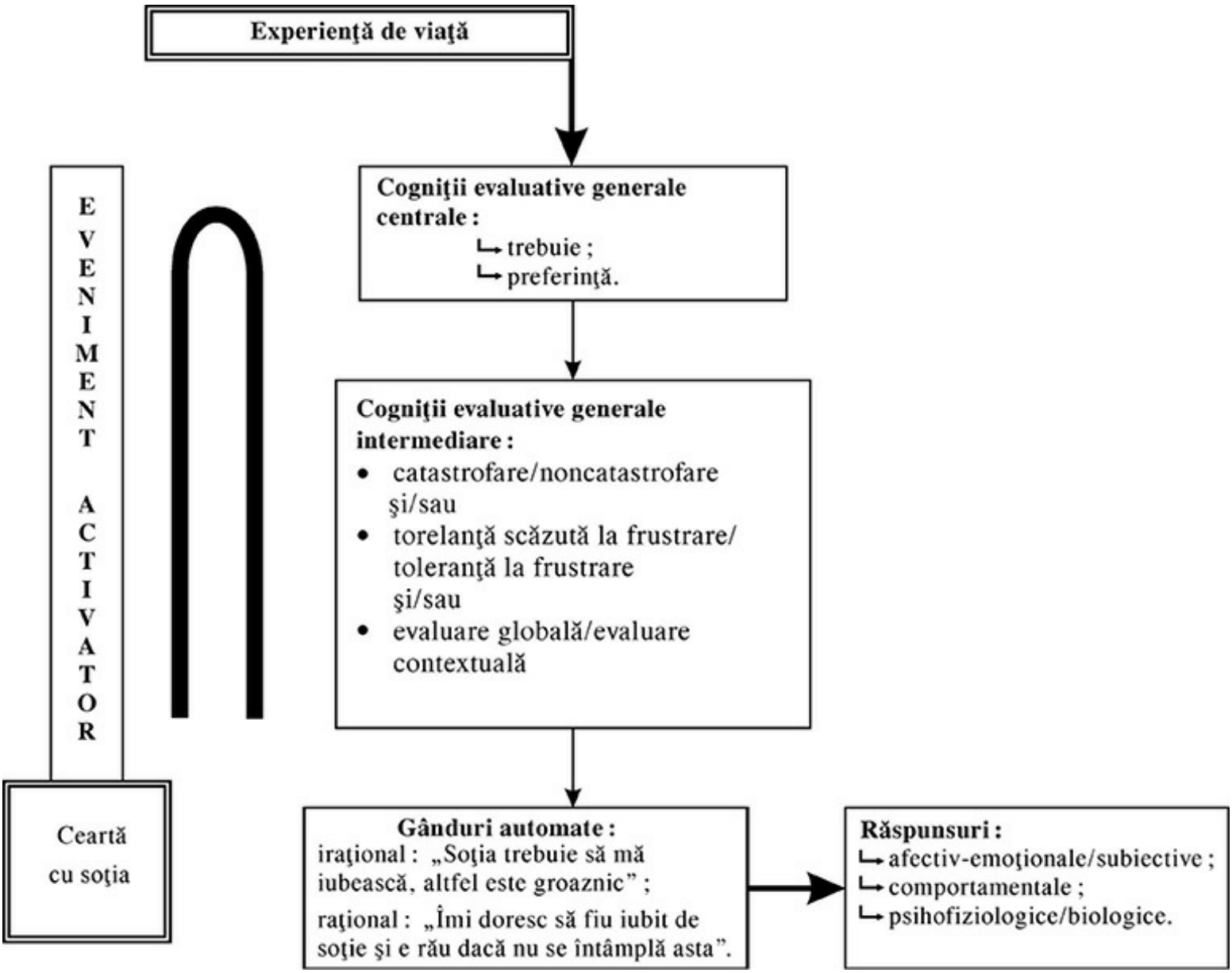

Experienţă de viaţă
Cogniţii evaluative generale centrale :
trebuie ;
preferinţă.
Cogniţii evaluative generale intermediare :
catastrofare/noncatastrofare şi/sau
torelanţă scăzută la frustrare/ toleranţă la frustrare şi/sau
evaluare globală/evaluare contextuală
EVENIMENT ACTIVATOR
Ceartă cu soţia
Gânduri automate :
iraţional : „Soţia trebuie să mă iubească, altfel este groaznic" ;
raţional : „Îmi doresc să fiu iubit de soţie şi e rău dacă nu se întâmplă asta".
Răspunsuri :
afectiv-emoţionale/subiective ;
comportamentale ;
psihofiziologice/biologice.

Figura 2.4. *Relaţiile dintre structurile cognitive locale şi generale de tip evaluativ*

V. *Cogniţii evaluative: nuanţări*. Analizele de psihologie evoluţionistă (vezi şi David, 2003a; David, Benga şi Rusu, 2007; Ellis, 1994) arată că cogniţiile iraţionale sunt rezultatul unui proces adaptativ. Aceasta nu înseamnă însă că ele sunt adaptative şi astăzi. Timp de zeci de mii de ani, specia noastră s-a adaptat la un mediu şi la sarcini relativ simple şi bine definite (a găsi hrană, adăpost şi a procrea). În acest mediu, un stil iraţional era adaptativ: (a) sarcinile fiind simple, o hipermotivare în termeni de „trebuie" nu afecta performanţa; (b) un stil catastrofic de gândire te proteja, în măsura în care erai mereu vigilent şi gata să reacţionezi la pericol, fie că acesta era sau nu real; (c) toleranţa scăzută la frustrare te ajuta să schimbi situaţia (de exemplu, să ucizi masculul dominant pentru a-i lua locul); (d) evaluarea globală îţi permitea categorizarea rapidă a fiinţelor sau lucrurilor utile ori inutile din jurul tău. Deşi mintea noastră s-a adaptat zeci de mii de ani prin structuri cognitive pentru un astfel de mediu, ea este forţată de câteva mii de ani să funcţioneze într-un mediu modern, pentru care nu a fost pregătită. În mediul modern, hipercomplex, sarcinile sunt complicate şi deschise. Ceea ce era util într-un mediu simplu şi bine definit devine vulnerabilitate la boală într-un mediu complex. O hipermotivare în sarcini dificile duce la scăderea performanţei. O anticipare a pericolului în situaţii sociale controlate (de exemplu, în faţa unei clase) duce la ceea ce numim „anxietate de performanţă". O toleranţă scăzută la frustrare care se exprima în acte violente este drastic pedepsită. Evaluarea globală manifestată prin dispreţ faţă de ceilalţi sau faţă de propria persoană debilitează individul în interacţiunile sale sociale. Acest substract evoluţionist are două implicaţii directe. Unu, fiind predispuşi spre iraţionalitate, înseamnă că schimbarea iraţionalităţii se face mai greu; de aceea, asimilarea raţionalităţii presupune efort şi intervenţii clinice complexe. Doi, principiile evoluţioniste trebuie integrate în terapiile clasice cognitiv-comportamentale pentru a le eficientiza (*evolutionary-enhanced cognitive-behavioral therapy*).

Plastic spus, noi suntem urmaşii celor care au supravieţuit în mediul primitiv printr-un stil iraţional. Iată de ce Ellis (Ellis, 1994) argumentează că este probabil să avem o predispoziţie genetică de a gândi iraţional; predispoziţia nu înseamnă însă determinism genetic. De exemplu, faptul că (1) cogniţiile iraţionale apar la toţi oamenii, indiferent de cultură, educaţie sau distribuţie geografică, (2) sunt rezistente la schimbare, (3) se învaţă simplu, automat etc. sugerează această predispoziţie genetică. Şansa noastră este că avem şi predispoziţia genetică de a încerca să gândim alternativ, raţional. Nimeni nu este perfect raţional sau perfect iraţional; este vorba despre un raport între cele două stiluri cognitive, de dorit fiind, desigur, promovarea unui stil cognitiv cât mai raţional. Ţinând cont de aceste predispoziţii genetice potenţiale, Albert Ellis Institute din SUA a dezvoltat programe de educaţie raţional-emotivă şi comportamentală (*rational-emotive behavior education*) care să fie implementate de la vârste mici şi prin care să se promoveze un stil cognitiv

raţional, împiedicându-se dezvoltarea unui stil iraţional (programe de prevenţie primară); programele sunt adaptate dezvoltării ontogenetice, ştiut fiind că anumite procese cognitive (de exemplu, evaluarea globală) sunt componente de normalitate în anumite stadii ale dezvoltării ontogenetice. Prima grădiniţă cu acest profil a fost deschisă la New York în anii ’60, astăzi un număr mare de şcoli din Australia şi SUA implementând astfel de programe. Studiile existente sugerează că, în timp ce iraţionalitatea crescută generează emoţii care implică supraactivare sau subactivare fiziologică, nivelurile scăzute de iraţionalitate se asociază cu o activare fiziologică medie spre ridicată (David *et al*., 2005). Conform legii optimului motivaţional (Yerkes şi Dodson, 1908), până la un punct, cu cât creşte intensitatea motivaţiei creşte şi performanţa în sarcină, după care, o creştere a motivaţiei duce la o scădere a performanţei. Altfel spus, o activare fiziologică medie spre ridicată, dată de prezenţa unor scopuri/dorinţe formulate în termeni preferenţiali şi asociată cu emoţii funcţionale, ar susţine performanţa optimă în sarcini complexe. În timp ce stilul preferenţial se asociază cu emoţii funcţionale şi ne menţine în zona optimului motivaţional, stilul absolutist se asociază cu emoţii disfuncţionale şi poate duce la o motivare excesivă, însoţită de o scădere a performanţei. Aşadar un stil iraţional într-un mediu complex constituie un factor de vulnerabilitate spre psihopatologie. Deşi în sarcini simple şi bine structurate cei care au un pattern dominant iraţional pot să fie la fel de performanţi ca şi cei cu un pattern cognitiv dominant raţional, ei sunt serios afectaţi în ceea ce priveşte starea de sănătate. Iraţionalitatea este un factor de vulnerabilitate. Altfel spus, dacă există patologie, există iraţionalitate, iar dacă nu există iraţionalitate, nu există patologie; dar poate exista iraţionalitate şi fără a exista (deocamdată) patologie. Apariţia tabloului clinic este condiţionată de apariţia evenimentelor care pun în mişcare această vulnerabilitate. Dacă evenimentele de viaţă confirmă iraţionalitatea, nu va apărea tabloul clinic. De exemplu, un proces iraţional de genul „Trebuie să fiu apreciat de toţi colegii, altfel este groaznic” nu va genera psihopatologie dacă se întâmplă ca în prezent toţi colegii să mă aprecieze. Acest proces iraţional este însă un factor de vulnerabilitate, căci dacă în viitor anumiţi colegi nu mă vor mai aprecia, aş putea ajunge să experienţiez o serie de emoţii negative. Aşadar se observă din nou că elementul necesar (nu şi suficient) pentru patologie este discrepanţa dintre ceea ce se întâmplă şi ceea ce dorim noi! Dacă nu există această discrepanţă, este puţin probabil să apară stări afective negative.

În Anexa 1 (1.2; 1.4) prezentăm principalele scale utilizate pentru a evalua cogniţiile raţionale şi iraţionale: ATQ – pentru cogniţii evaluative iraţionale locale – şi GABS – pentru cogniţii evaluative cu caracter general. Ele pot fi folosite în scop educaţional şi de cercetare, anunţând în prealabil International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (http://www.psychotherapy.ro). Utilizarea lor în cadrul unor servicii psihologice şi/sau clinice necesită însă acordul International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and

Applied Mental Health (http://www.psychotherapy.ro) care deţine copyrightul, a cărui nerespectare are implicaţii penale. De asemenea, Anexa 2 (2.2; 2.3; 2.4) prezintă într-o manieră concretă, utilă clinic, atât pentru pacient, cât şi pentru terapeut, principalele cogniţii raţionale şi/sau iraţionale descrise în această secţiune a lucrării. În ceea ce priveşte implicaţiile pentru sănătatea şi patologia organică poate fi utilizată Scala de Cogniţii Iraţionale Referitoare la Sănătate/Irrational Health Beliefs Scale (Christensen *et al.*, 1999), care nu a fost încă adaptată pentru populaţia din România.

2.2.2.2.3. Cogniţii descriptive şi inferenţiale *versus* cogniţii evaluative: nuanţări

Cele de mai sus fiind spuse, există câteva nuanţe care trebuie evidenţiate. Astfel, cogniţiile descriptive, inferenţiale şi evaluative care fac parte din tabloul clinic sunt cele locale (situaţionale). Cogniţiile descriptive, inferenţiale cu caracter general (cogniţiile centrale şi intermediare) sunt factori de vulnerabilitate (predispozanţi), alături de cogniţiile evaluative generale (vezi şi figura 5.1; David şi Szentagotai, 2006). Cercetările vor trebui să clarifice mai bine modul în care ele interacţionează pentru a genera gândurile automate. De exemplu, Szentagotai (Szentagotai *et al.*, 2005) arată că, în timp ce cogniţiile evaluative generale de tip „trebuie” şi „evaluare globală” sunt codate ca scheme cognitive, „catastrofarea” şi „toleranţa scăzută la frustrare” sunt codate mai degrabă ca reţele propoziţionale (vezi, pentru detalii, Anderson, 1990, 2000). În plus, există o similaritate între cogniţiile evaluative generale şi cogniţiile intermediare în forma atitudinilor şi regulilor. Acestea sunt teme de cercetare actuale în terapia cognitiv-comportamentală. Studiile recente sugerează (vezi şi figura 2.5[2]) că, la rândul lor, cogniţiile evaluative sunt factori de vulnerabilitate pentru apariţia cogniţiilor descriptive şi inferenţiale pe care apoi le evaluează (vezi şi Dryden, 2003).

Altfel spus (vezi figura 2.5), în interacţiune cu evenimentele activatoare, structurile cognitive generale (factori de vulnerabilitate generală) – cogniţiile centrale şi intermediare şi cogniţiile evaluative generale (centrale şi intermediare) – produc structuri cognitive locale (factori de vulnerabilitate locală, parte a tabloului clinic) – gânduri automate – în forma (a) cogniţiilor descriptive şi inferenţiale locale şi (b) a cogniţiilor evaluative locale (centrale şi intermediare). Ulterior, acestea generează, la rândul lor, răspunsuri afectiv-emoţionale/subiective, comportamentale şi psihofiziologice/biologice; răspunsurile comportamentale operante pot fi generate şi direct de cogniţiile descriptive şi inferenţiale locale, dar răspunsurile afective sunt mediate obligatoriu de cogniţiile evaluative locale (Lazarus, 1991). Relaţia dintre descrieri şi inferenţe locale şi evaluări locale este similară celei dintre cogniţiile generale, centrale şi intermediare şi evaluările generale – şi anume, cogniţiile evaluative influenţează apariţia celor

descriptive şi inferenţiale, iar apoi le evaluează.

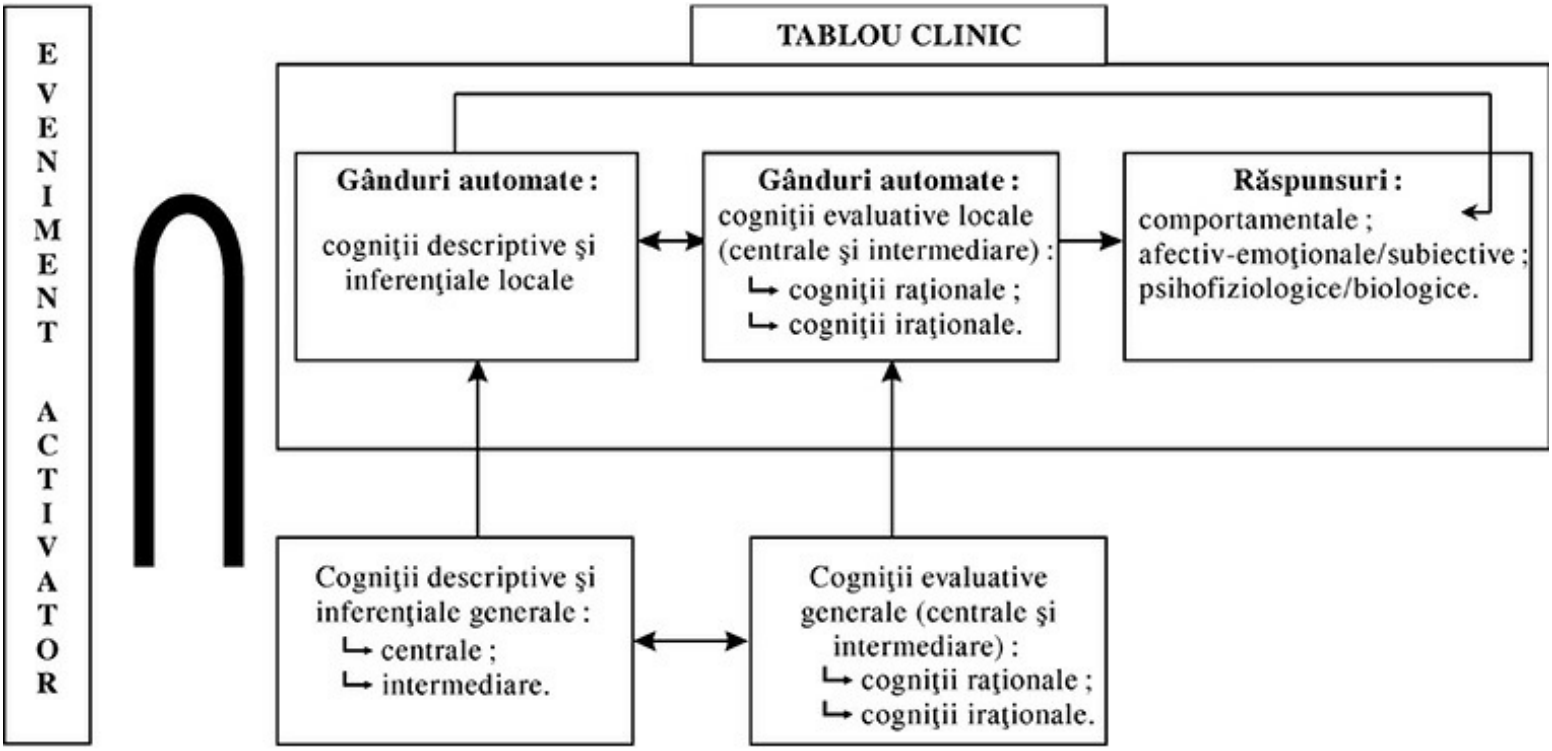


Figura 2.5. *Interrelaţionarea cogniţiilor descriptive, inferenţiale şi evaluative, generale şi locale, în generarea tabloului clinic*

Accesul la structurile cognitive descrise în figura 2.5 nu este uşor. De obicei, primele care se conştientizează sunt gândurile automate în forma descrierilor şi inferenţelor locale. Apoi, pornind de la ele, vom încerca să găsim gândurile automate în forma evaluărilor locale. Structurile cognitive generale sunt şi mai greu de identificat, mai ales în cazuri de patologie. Ele sunt învăţate în cursul dezvoltării ontogenetice, în relaţiile cu persoanele semnificative, cu accent neexclusiv pe prima copilărie, făcând parte din structura noastră de personalitate (de exemplu: stil funcţional/raţional – optimism; stil disfuncţional/iraţional – pesimism). Dacă sunt disfuncţionale, ele vor fi protejate de o serie de cogniţii intermediare, pacientul fiind extrem de defensiv în abordarea lor, iar uneori nefiind conştient de natura lor, ca urmare a unei compensări cronice. În principiu, pentru identificarea acestora se porneşte de la gânduri automate mai uşor accesibile conştient (descrieri şi inferenţe locale), după care se aplică două strategii combinate. Prima, *interviul inferenţial* (*inference chaining*), ne ajută să ajungem de la „cogniţii reci” la „cogniţii calde”, mergând pe firul ideii pacientului. Pentru a evidenţia evaluările, îi cerem pacientului să presupună că descrierile şi inferenţele sale sunt corecte (uneori chiar se întâmplă să fie corecte, dar asta nu înseamnă că, sub aspect pragmatic, nu sunt disfuncţionale!). Acesta este un demers pe orizontală (vezi figura 2.5).

◊ EXEMPLU

Pacient: Nu voi reuşi să fac proiectul (gând automat: inferenţă locală, situaţională).
Terapeut: Hai să presupunem deocamdată, de dragul discuţiei, că se va întâmpla aşa. Ce înseamnă asta pentru tine?
Pacient: Este groaznic să nu reuşesc, trebuie să reuşesc să-l termin (gând automat: evaluare locală, situaţională).

Pentru a ajunge la structurile profunde, utilizăm *tehnica analizei conceptuale* (*downward arrow technique*). Altfel spus, pornim de la gândurile automate identificate anterior şi ajungem treptat la structurile profunde de personalitate şi filosofie de viaţă (cogniţiile descriptive, inferenţiale şi evaluative generale). Acesta este un demers pe verticală (vezi figura 2.5).

◊ EXEMPLU

Grupând gândurile automate (de preferinţă pe cele referitoare la cogniţiile descriptive şi inferenţiale, pentru că sunt mai puţin încărcate emoţional şi nu amorsează atât de puternic ca şi cogniţiile evaluative mecanismele de compensare şi protecţie), ele ne sugerează structurile cognitive profunde. Gândurile automate de tip inferenţe situaţionale de felul „Nu voi reuşi", „Voi greşi", „Nu e pentru mine", „Alţii sunt mai buni" etc. ne duc cu mintea la o cogniţie centrală de genul autodeprecierii: „Sunt prost şi fără valoare". Se cere pacientului să facă această sinteză, iar noi îl ajutăm. În final, numai dacă subiectul acceptă structurile cognitive generale identificate, considerăm procesul încheiat (el rămânând însă deschis la adaptări, în funcţie de noi informaţii).

Terapeut: Din analizele noastre de până acum am notat gândurile automate pe care le-am identificat împreună: „Nu voi reuşi", „Voi greşi", „Nu e pentru mine", „Alţii sunt mai buni". Adunate laolaltă, ce crezi că spun ele despre tine?
Pacient: Că nu am încredere în mine.
Terapeut: Nu ai încredere în tine deoarece te vezi cum?
Pacient: Inferior celorlalţi (cogniţie centrală).

Pornind de aici, putem găsi apoi şi cogniţiile evaluative generale, prin *interviul inferenţial*:

Terapeut: Hai să presupunem deocamdată că ceea ce crezi este corect. Şi anume, eşti inferior şi prost în comparaţie cu ceilalţi. Ce înseamnă asta pentru tine?
Pacient: Nu pot tolera acest lucru! Trebuie să reuşesc, altfel este groaznic (cogniţie evaluativă generală).

Uneori, aceste structuri cognitive (vezi figura 2.5) devin atât de rigide şi activate, încât prezenţa unui eveniment activator nu mai este importantă pentru menţinerea simptomatologiei; clinicienii se referă la acest fenomen folosind sintagma „tulburări endogene". Altfel spus, aceste structuri cognitive, locale şi/sau generale, dobândesc autonomie funcţională faţă de evenimentul activator care le-a declanşat, iar apoi se autoîntreţin, determinând selecţia din mediu numai a elementelor congruente cu ele (de exemplu, un pacient depresiv tinde să selecteze din mediu doar aspectele negative, care îi susţin structurile cognitive disfuncţionale/iraţionale, ignorând aspectele pozitive). În plus, unele sunt atât de activate, încât sunt declanşate de evenimente activatoare care nu au, statistic vorbind, valoarea unui stresor puternic.

Aceste structuri cognitive pot explica atât comorbiditatea mare a tulburărilor psihice şi faptul că evaluările psihologice care stau la baza lor par să încarce un factor comun (de exemplu, neuroticismul), cât şi diferenţele fine dintre ele. Altfel spus, structurile cognitive generale explică

suprapunerile lor, iar cele locale, diferenţele dintre ele. De exemplu, aceeaşi structură cognitivă generală („Trebuie să fiu apreciat”) poate determina, prin structurile cognitive locale (gândurile automate), o stare depresivă (de exemplu, un gând automat: „Faptul că nu am fost apreciat arată că sunt un prost”) sau una de anxietate (de exemplu, gândul automat „Este groaznic că nu am fost apreciat”); din cauza structurii cognitive generale, va exista adesea comorbiditate şi suprapunere între anxietate şi depresie, dar şi diferenţe specifice, determinate de gândurile automate. Această imagine etiopatogenetică este mai complexă decât poate oferi astăzi abordarea psihiatriei biologice, care este nevoită să reducă sutele de categorii nosologice ale DSM la jocul şi interacţiunile unui număr limitat de neurotransmiţători (serotonină, adrenalină etc.). Aceiaşi transmiţători par să fie implicaţi într-o mulţime de tulburări mentale, fiind greu ca, pe baza lor, să se explice diferenţele specifice dintre tulburări; probabil ei ar corespunde psihologic unor structuri generale de tip cogniţii centrale, intermediare sau evaluative (scheme cognitive).

2.2.2.2.4. Cogniţii: clarificări avansate

În acest context, trebuie discutate câteva constructe care pot genera confuzie. Astfel, se vorbeşte uneori despre cogniţii negative şi pozitive sau, la nivelul simţului comun, de „gândire pozitivă” şi „gândire negativă”. Este „gândirea pozitivă” bună, iar cea „negativă” rea, aşa cum par să sugereze numele? Răspunsul este nu, lucrurile fiind mai nuanţate. Cogniţiile negative sunt cogniţii cu valenţă negativă; în cazul unui eveniment negativ (de exemplu, moartea soţiei) ele pot să fie funcţionale sau raţionale (de exemplu, „Va fi greu să trăiesc fără soţie”), respectiv disfuncţionale sau iraţionale (de exemplu, „Nu pot trăi fără soţie”). La rândul lor, cogniţiile pozitive sunt cogniţii cu valenţă pozitivă (ele sunt promovate de psihologia şi terapia pozitive); ele pot să fie funcţionale sau raţionale (de exemplu, „Cred că pot reuşi”), respectiv disfuncţionale sau iraţionale (de exemplu, „Trebuie cu necesitate să reuşesc şi voi reuşi; nu concep altfel!”). A se observa că, aşa cum cogniţiile negative sunt uneori funcţionale sau raţionale, şi cele pozitive sunt uneori disfuncţionale sau iraţionale, generând probleme psihocomportamentale şi emoţionale (de exemplu, sănătate mentală iluzorie). Aşadar „gândirea pozitivă”, în forma iluziilor pozitive şi a optimismului, este un factor de rezilienţă util în promovarea sănătăţii şi în prevenirea patologiei numai dacă are o componentă de „funcţionalitate/raţionalitate” – altfel spus, dacă nu ne separă de realitatea în care trăim şi cu care ne confruntăm. Dacă sunt prea accentuate, iluziile pozitive şi/sau optimismul nerealist sunt adesea implicate în tulburări psihice (de exemplu, hipomanie). Dacă lipsesc cu desăvârşire, iar nu este bine, ca în cazul tulburărilor de tip depresiv (Taylor, 1993). Situaţia de dorit este aceea în care avem iluzii pozitive moderate şi un optimism realist. Ea corespunde prezenţei cogniţiilor

funcţionale şi raţionale, definite nu atât logic şi/sau empiric, cât mai ales pragmatic şi care, sub aspectul valenţei lor, se traduc în „gândire pozitivă” sau în „gândire negativă”, ambele cu influenţe benefice pentru promovarea sănătăţii şi remiterea tabloului clinic. Aşadar cogniţiile pozitive şi negative nu sunt altceva decât cogniţii funcţionale sau disfuncţionale, respectiv raţionale sau iraţionale, văzute prin prisma valenţei lor. Nu întotdeauna pozitivul este bun (funcţional/raţional) – vezi optimismul nerealist –, iar negativul rău (disfuncţional/iraţional) – vezi pesimismul realist. Uneori, o gândire pozitivă excesivă („Sunt cel mai bun şi merit să fiu tratat în consecinţă”) poate să fie disfuncţională (îmi creează dificultăţi de relaţionare interpersonală), iar una negativă („Nu sunt bine pregătit astăzi şi s-ar putea să nu reuşesc”) poate să fie funcţională (mă mobilizează şi mă face mai atent).

Acestea fiind spuse, evident că în literatura de specialitate există şi alte constructe cognitive (probabil sute) asociate cu răspunsurile subiectului uman. Care este statutul lor şi/sau relaţia cu cele discutate mai sus? Cercetările arată că (vezi Beck, 1995; David şi Szentagotai, 2006; Ellis, 1994): (1) ele sunt adesea superpozabile cu cele de cogniţii descriptive, inferenţiale şi evaluative şi/sau (2) efectul lor este mediat de acestea şi/sau (3) ele nu aduc un plus de cunoaştere faţă de cogniţiile descriptive, inferenţiale şi evaluative (în diversele lor forme) în descrierea, explicarea, predicţia şi organizarea răspunsurilor subiectului uman. De exemplu, constructele *hardiness* (Kobassa, 1979), „pesimism şi optimism” (Chang, 2000) se suprapun, în fapt, cu cele de cogniţii funcţionale şi raţionale. Impactul constructului „suport social perceput” asupra răspunsurilor subiectului uman poate fi mediat de cogniţiile funcţionale/disfuncţionale şi raţionale/iraţionale (Baum *et al.*, 1997). La fel, puternicul construct (în sensul de predictor pentru răspunsuri automate, nonvoliţionale) de „expectanţe răspuns” (*response expectancies*; Kirsch, 1990) reprezintă o formă de cogniţie inferenţială. Alte constructe, precum cel de „iluzii pozitive”, nu aduc nimic în plus faţă de cele de cogniţii funcţionale/disfuncţionale şi raţionale/iraţionale în descrierea, explicarea, predicţia şi organizarea răspunsurilor subiectului uman, atunci când sunt evaluate simultan (de exemplu, în ecuaţie de regresie). Ele aduc, desigur, alte perspective teoretice, dar impactul lor pragmatic şi clinic este nesemnificativ faţă de intervenţiile cognitiv-comportamentale existente.

În plus, prin analiză detaliată (moleculară), constructele cognitive prezentate în acest capitol reinterpretează şi oferă o mai bună înţelegere a unor fenomene care, anterior, au fost conceptualizate în termeni generali (molari) şi/sau noncognitivi. De exemplu, constructul „perfecţionism” a fost clarificat (vezi mai jos) prin analize multinivelare (cogniţii centrale-intermediare – gânduri automate), cu implicaţii pentru modificarea acestei caracteristici.

Acestea fiind spuse, nu înseamnă că nu pot fi elaborate alte constructe cognitive (prin dezvoltarea celor prezentate sau apariţia altora noi) şi/sau noncognitive care să aibă o contribuţie epistemică dincolo de a celor descrise aici; spunem doar că, în acest moment, factorii cognitivi

discutaţi au cea mai mare contribuţie epistemică, fără ca aceasta să fie completă, în conceptualizarea (explicarea, predicţia, descrierea şi/sau organizarea) răspunsurilor subiectului uman.

2.2.2.3. Prelucrări informaţionale inconştiente

Uneori, între evenimentul activator (A) şi consecinţe (C) se interpun prelucrări informaţionale inconştiente (B) (vezi figura 2.2). Aceste prelucrări informaţionale nu pot fi conştientizate, ele bazându-se pe structuri subcorticale, de exemplu, amigdala (LeDoux, 2000). Consecinţele lor devin însă un nou eveniment activator (A2), care poate amorsa prelucrări informaţionale conştiente (B2). Unii autori (Beck, 1976; Ellis, 1994) sugerează că efectele acestor prelucrări informaţionale în cazul speciei umane nu sunt suficient de puternice pentru a deveni clinice. Ele sunt însă suficient de puternice pentru a deveni un eveniment activator (A2) care declanşează prelucrările informaţionale (B2) ce pot avea consecinţe clinice (C2) (David, 2003a).

◊ EXEMPLU

A – B (cogniţii inconştiente) – C/A2 – B2 – C2

Aşadar, indiferent dacă consecinţele lor directe sunt sau nu de intensitate clinică, aceste prelucrări informaţionale sunt mecanisme importante în lanţul etiopatogenetic. Caracterul lor funcţional/raţional sau disfuncţional/iraţional este dat de natura adaptativă sau dezadaptativă a comportamentului şi/sau de caracterul funcţional şi/sau disfuncţional al reacţiilor afectiv-emoţionale/subiective pe care le generează.

Modificarea lor se poate face prin tehnici comportamentale (vezi capitolul 7), tehnicile cognitive existente nefiind încă suficient de avansate pentru identificarea şi modificarea lor.

2.2.2.4. Funcţiile prelucrărilor informaţionale

Unele prelucrări informaţionale pot avea funcţie de mecanism de coping. Aceasta se întâmplă atunci când ele urmează unui eveniment activator (A) de tip stare subiectivă (emoţie) şi prin ele încercăm să modulăm trăirea respectivă. Altfel spus, un mecanism de coping nu este o structură cognitivă aparte, ci este o funcţie pe care o dobândeşte o structură cognitivă atunci când are rolul de a modula o stare afectivă (Cramer, 1998). Aşadar o cogniţie descriptivă, inferenţială sau evaluativă disfuncţională/iraţională sau funcţională/raţională poate avea funcţie de mecanism de

coping dezadaptativ, respectiv adaptativ dacă urmează unui eveniment activator (A) de tip afectiv-emoţional/subiectiv şi se referă la el; este vorba de o metacogniţie în raport cu cogniţia care a generat starea afectiv-emoţională/subiectivă şi va produce o metaconsecinţă (de exemplu, o metaemoţie) cu referire la starea afectiv-emoţională/subiectivă pe care o modulează.

◊ EXEMPLU

A (ceartă cu soţia) – B (cogniţie iraţională: „Sunt fără valoare ca om") – C (stare depresivă)/A2 – B2 (metacogniţie/mecanism de coping: „Este groaznic că sunt deprimat") – C2 (metaconsecinţă/metaemoţie: panică).

◊ EXEMPLU

Prezenţa unei stări afective disfuncţionale determinată de o cogniţie centrală disfuncţională (de exemplu, autodeprecierea: „Sunt incapabil") poate fi redusă compensând autodeprecierea prin procese informaţionale (cogniţii intermediare) de genul: „Dacă lucrez serios şi de două ori mai mult decât ceilalţi, atunci voi avea şi eu o performanţă bună" (asumpţii pozitive); „Totul trebuie să fie perfect!" (regulă). O astfel de persoană va avea un comportament perfecţionist, fiind evaluată adesea ca serioasă şi de încredere. Evident că un stil perfecţionist poate rezulta şi fără procesul de compensare, dintr-un mod de gândire raţional şi/sau cogniţie centrală funcţională: „Fac tot ceea ce depinde de mine ca să fiu bun, dar accept faptul că, uneori, voi avea eşecuri". Deşi în situaţii obişnuite cele două persoane din acest exemplu nu se vor deosebi sub aspectul performanţei comportamentale, în situaţii de criză şi de aglomerare a sarcinilor, cea care utilizează un mecanism de compensare poate claca, apărând simptome nevrotice. Constructele care pot fi utilizate pentru a descrie aceste situaţii sunt cele de sănătate mentală iluzorie, respectiv de sănătate mentală. Sănătatea mentală iluzorie se referă la faptul că există o vulnerabilitate generală mare pentru psihopatologie, care este însă compensată cu cogniţii intermediare, compensare ce poate ceda la solicitări mari şi neprevăzute. Sănătatea mentală se referă la o stare de bine fizic, psihic şi social, în condiţiile unei vulnerabilităţi generale scăzute pentru psihopatologie.

Constructul „mecanisme de coping (adaptare)" include (a) atât constructul de „mecanisme de apărare (defensive)", angajate automat şi/sau inconştient, descris de tradiţia dinamic-psihanalitică (iniţial de Sigmund Freud şi Anna Freud, iar apoi de colaboratorii şi continuatorii lor), cât şi pe cel de (b) „mecanisme de adaptare" (Lazarus, 1991), angajate intenţionat şi conştient (dar care, cu timpul, se pot automatiza), focalizate pe problemă (A2) sau pe emoţie (B2 – C2). Mecanismele de coping sunt complexe, putând fi cognitive, comportamentale şi/sau psihofiziologice/biologice. Evident că toate trei implică prelucrare informaţională; atunci, de ce le-am separat? Separarea este una didactică, pentru a înţelege mai bine diversitatea acestora. Mecanismele de coping cognitiv se referă la acele prelucrări informaţionale care pot fi conştientizate şi care pot, la rândul lor, avea outputuri cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice. Atunci când se face referire la funcţia lor de coping, mecanismele cognitive sunt descrise în literatură (vezi tabelul 2.2) nu doar în formă cognitivă, ci şi în unitate cu consecinţele lor afectiv-emoţionale/subiective, comportamentale şi psihofiziologice/biologice. Mecanismele de coping comportamental se referă la acele comportamente la care elementul cognitiv este minim şi adesea inconştient (de exemplu, comportamentul operant întărit negativ); similar, unele mecanisme psihofiziologice/biologice pot

implica la minimum prelucrările informaţionale (de exemplu, răspunsul de stres la un stresor fizic intens – arsuri). În general, mecanismele de coping (vezi tabelul 2.2) nu sunt adaptative şi utile sau dezadaptative şi inutile în sine. Eficienţa lor este dată de momentul şi durata folosirii. Astfel, negarea defensivă poate ajuta persoana care tocmai a suferit o traumă să îşi ţină sub control emoţiile negative extrem de intense; utilizarea ei prelungită duce însă la incapacitatea integrării evenimentului traumatic în viaţa persoanei, cu impact negativ asupra adaptării viitoare a acesteia.

Tabelul 2.2. *Mecanisme de coping cognitiv (incluzând mecanisme de apărare/defensive şi de adaptare) implicate în sănătate şi patologie*

Mecanismul de coping	**Descriere**	**Exemple**
Negarea defensivă	Credinţa că stimulul care duce la apariţia anxietăţii nu există. Refuzul de a crede şi accepta ceea ce s-a întâmplat (realitatea).	O persoană căreia i-a murit cineva apropiat refuză să creadă şi continuă să se comporte ca şi cum celălalt ar fi încă în viaţă. O persoană căreia i s-a diagnosticat o boală gravă neagă diagnosticul şi pretinde că medicul a greşit.
Regresia	Reîntoarcerea la o etapă anterioară de dezvoltare.	Un adult care tocmai a aflat că nu a promovat examenul de licenţă se aşază pe jos şi începe să plângă. O soţie enervată aruncă după soţ cu vaza cu flori.
Reacţia inversă	Adoptarea unei convingeri/reacţii opuse celei iniţiale, deoarece aceasta este indezirabilă şi ar genera anxietate.	O persoană care are prejudecăţi faţă de o anumită etnie se manifestă extrem de prietenos faţă de reprezentanţii respectivei etnii. Mama unui copil nedorit se comportă cu acesta extrem de protectiv şi de tandru.
Proiecţia	Atribuirea propriilor dorinţe sau trăsături negative unei alte persoane.	O persoană care nu a reuşit să îşi argumenteze punctul de vedere susţine că interlocutorul său este prost. O femeie care tocmai s-a despărţit de partenerul său susţine că vina pentru eşecul cuplului este în întregime a acestuia.
Sublimarea	Manifestarea dorinţelor inacceptabile într-o manieră acceptabilă social.	O persoană care îşi manifestă impulsurile agresive practicând sporturi violente. Un bărbat care îşi manifestă impulsurile sexuale devenind dansator sau pictând nuduri feminine.
Deplasarea	Redirecţionarea dorinţelor către o ţintă mai puţin ameninţătoare.	O persoană trânteşte uşa pentru a nu-l lovi pe cel care l-a supărat. Un soţ iritat de o discuţie cu şeful îşi descarcă nervii certându-se cu soţia.
Intelectualizarea/ izolarea	Evitarea emoţiilor inacceptabile prin centrarea pe aspectele intelectuale.	O persoană aflată în doliu se centrează pe detaliile de organizare a înmormântării, pentru a evita

		tristeţea şi deprimarea.
Represia	Înlăturarea din conştiinţă, în mod neintenţionat, a unor dorinţe, idei sau evenimente.	O persoană abuzată sexual în copilărie dezvoltă amnezie pentru episodul respectiv.
Raţionalizarea	Oferirea unei justificări raţionale, logice şi plauzibile în locul adevăratului motiv, pentru a apărea într-o lumină favorabilă.	Un angajat concediat din cauza incompetenţei susţine că, de fapt, şeful său nu l-a plăcut. Un student care a picat la examen deoarece nu a învăţat suficient pretinde că profesorul nu le-a dat destul timp pentru rezolvarea subiectelor.
Identificarea	Alierea cu o altă persoană (sau grup de persoane) şi adoptarea comportamentelor şi a reacţiilor acesteia.	Un elev agresat frecvent de un grup de colegi mai mari începe să se îmbrace şi să se comporte asemenea lor.
Disocierea	Separarea în memorie a diverselor aspecte ale unui eveniment traumatic sau neplăcut.	O femeie care a fost agresată sexual îşi poate aminti cum a decurs evenimentul, dar nu şi cum s-a simţit în acel moment.
Supresia/suprimarea	Evitarea intenţionată a reamintirii problemelor, dorinţelor, emoţiilor perturbatoare.	O persoană care a trecut printr-un moment dificil sau jenant evită să se gândească la momentul respectiv.
Anulare retroactivă (*Undoing*)	Anularea retroactivă a unor gânduri, cuvinte, gesturi, acte pe care persoana le regretă prin angajarea în gânduri, cuvinte, gesturi, acte opuse celor dinainte.	O persoană care a spus la un moment dat ceva exagerat de critic la adresa părinţilor săi revine şi spune ceva pozitiv despre aceştia.
Compensarea/substituţia	Înlocuirea unui obiect prin altul analog. Încercarea de a compensa nereuşitele într-un domeniu prin rezultate superioare în altul.	Studentul mediocru munceşte pentru a deveni un atlet de excepţie. Partenerul nefericit în căsnicie devine un părinte deosebit.

Notă: Exemplele din tabel ilustrează mecanismele de apărare, fără ca aceasta să însemne că prezenţa situaţiilor de mai sus reflectă automat prezenţa mecanismelor de apărare (pentru mai multe detalii, vezi şi http://psychology.about.com/od/theoriesofpersonality/ss/defensemech_2.htm şi/sau http://allpsych.com/psychology101/defenses.html; accesate în mai 2012).

2.2.2.5. Consecinţe (C)

Consecinţele prelucrărilor informaţionale (conştiente sau inconştiente) sunt adaptative/funcţionale sau dezadaptative/disfuncţionale. Ele se manifestă la trei niveluri: (1) afectiv-emoţional/subiectiv, (2) comportamental şi (3) psihofiziologic/biologic; aşa cum am mai spus, consecinţele afectiv-emoţionale/subiective sunt rezultatul interacţiunii dintre modificările cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice. Interacţiunile dintre toate aceste niveluri, împreună cu conţinuturile informaţionale asociate (gânduri automate), formează tulburări psihice specifice (vezi DSM) sau experienţe integrative care ţin de normalitate (de exemplu, altruism). Odată generate, aceste

consecinţe devin un nou stimul (A2), dând naştere unui alt lanţ de prelucrări informaţionale, numite metacogniţii (B2), şi altor consecinţe, numite metaconsecinţe (C2), care, la rândul lor, produc un alt lanţ şi aşa mai departe, după modelul de mai jos:

$$A \longrightarrow B \longrightarrow C/A2 \longrightarrow B2 \longrightarrow C2$$

unde: A – dificultăţi de comunicare în cuplu; B – de exemplu, „Este groaznic dacă mă părăseşte”; C – panică; B2 – „Faptul că am aceste stări de panică arată că sunt o persoană slabă”; C2 – metaemoţie, stare depresivă: depresie legată de panică.

2.2.2.5.1. Nivelul psihofiziologic/biologic

Consecinţele prelucrărilor informaţionale la acest nivel sunt complexe. Le exemplificăm în continuare prin răspunsul de stres (Selye, 1976), mai clar circumscris în literatură şi în relaţie directă cu patologia.

Hans Selye (1907-1982) a descris cele trei faze care au loc atunci când asupra organismului acţionează un stresor; el a obţinut acest pattern supunând organismul direct la stresori puternici (de exemplu, extract hormonal, frig, arsuri etc.). *Prima fază* este cea de *alarmă*, o stare de activare fiziologică, similară cu faza de „luptă sau fugă” (*fight or flight/flee*), descrisă pentru prima dată de Walter Cannon (1871-1945) în 1929. Ea pregăteşte organismul pentru confruntarea cu stresorul şi se manifestă prin activarea sistemului nervos vegetativ (cu dominanţă simpatică) şi a axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian, ceea ce duce la eliberarea hormonilor de stres (de exemplu, adrenalină, noradrenalină şi cortizol). Adrenalina şi noradrenalina în general prelungesc şi susţin activitatea sistemului nervos vegetativ (pentru detalii, vezi Baum *et al.*, 1997). Astfel, au loc o creştere a ratei cardiace, a forţei de contracţie a inimii, dilatarea bronhiilor, dilatarea pupilei, în general vasoconstricţie (dar vasodilataţie la nivelul musculaturii striate), inhibarea motilităţii sistemului digestiv. În această fază se produce o scădere a rezistenţei generale a organismului la stresori. Ca urmare a nivelului crescut de cortizol, în această fază suntem mai susceptibili la infecţii. La şoareci, Selye a observat o creştere a glandelor suprarenale, o reducere a timusului şi splinei şi leziuni ulceroase; ulterior, acestei triade clasice i s-au adăugat şi alte modificări (scăderea în greutate). Trebuie menţionat că, la anumite persoane, activarea sistemului nervos vegetativ poate să ducă, în mod paradoxal, la dominanţă parasimpatică, ceea ce determină scăderea tensiunii, relaxare musculară etc. Dacă stresorul continuă, organismul intră în *faza a doua*, cea de *rezistenţă*, în care observăm modificări în sens invers ale parametrilor alteraţi în faza de alarmă. De exemplu, în această fază se acumulează hormoni de stres la nivelul glandelor suprarenale, se

reduce cantitatea de cortizol din sânge, au loc creşteri în greutate etc. În general, rezistenţa organismului la stresorul specific este crescută peste nivelul obişnuit, dar rezistenţa la alţi stresori este scăzută. Dacă stresorul continuă, atunci organismul intră în *faza a treia*, cea de *epuizare*, în care apar din nou modificări similare celor din faza de alarmă, dar ele sunt adesea ireversibile, iar în cazuri extreme se poate ajunge chiar la moarte. Aceste modificări sunt nespecifice, în sensul că nu sunt determinate de particularităţile stimulului, apărând la orice stresor. Ele sunt însă specifice în sensul că se manifestă similar la acţiunea diverşilor stresori; altfel spus, sunt modificări specifice determinate mai ales de hormonii de stres induşi nonspecific de diverşi stresori. Tulburările de adaptare sunt cele în care aceste modificări sunt implicate predominant în apariţa bolii (pentru detalii, vezi Selye, 1976).

Tabelul 2.3. *Componentele evoluţiei posibile a unui răspuns de stres de la o etapă iniţial normală la boală psihosomatică cu modificări organice, trecând prin faza de tulburări funcţionale (după Iamandescu, 2002; vezi şi Iamandescu, 1997,* apud *David* et al*., 2000)*

Aparate şi sisteme	**Componente psihofiziologice normale ale reacţiei la stresor**	**Tulburări funcţionale**	**Boli psihosomatice cu leziuni organice**
Aparat cardiovascular	– tahicardie – fluctuaţii tensionale	– palpitaţii – lipotimii – sincope – hiper- sau hipotensiune	– tahicardie paroxistică – coronaropatii – hipertensiune arterială
Aparat respirator	– polipnee – tahipnee	– dispnee nevrotică – senzaţia de opresiune toracică	– astm bronşic
Aparat digestiv	– inapetenţă – senzaţie de jenă epigastrică – greaţă	– bulimie/inapetenţă – spasme – diaree/constipaţie	– boală ulceroasă – sindromul intestinului iritabil – rectocolită ulcerohemoragică
Aparat urinar	– polakiurie – poliurie	– retenţie urinară – enurezis – cistalgii cu urini clare	
Aparat locomotor	– senzaţia de tensiune musculară	– curbatură – cervicalgii şi lombalgii – astenie musculară	– poliartrită reumatoidă
Sistem endocrin	– reacţii diencefalo-hipofizare – descărcare catecolaminică	– amenoree – dismenoree – hipoglicemie	– hipertiroidism – tulburări de dinamică sexuală
Sistem nervos	– tremor	– cefalee	– migrenă

		– epilepsie „funcţională” – hiperestezii	
Aparat genital	– secreţii ale mucoaselor – erecţie	– impotenţă – frigiditate – vaginism – sterilitate	– ovarită sclerochistică

Aşa cum am arătat, reacţiile la agenţii etiologici pot să fie cu caracter local sau general, fiecare cu caracter specific şi nespecific. Atunci când tabloul clinic este determinat mai ales de reacţiile nespecifice, vorbim de tulburări de adaptare. Tabelul 2.3 redă componentele evoluţiei posibile a unui răspuns de stres, de la o etapă iniţial normală la boală psihosomatică cu modificări organice, trecând prin faza de tulburări funcţionale (după Iamandescu, 2002).

După cum am spus, Selye a utilizat ca stresori stimuli fizici (frigul, arsurile etc.), definiţi ca atare statistic (cu alte cuvinte, cele mai multe organisme îi consideră stresori, prin evoluţia lor filogenetică şi ontogenetică). Mason arată însă că toate modificările descrise pot fi influenţate serios, chiar şi în cazul acestor stresori, de prelucrările informaţionale. De exemplu, animalele care erau hrănite iluzoriu (cu conţinut nonnutritiv) au avut un răspuns de stres mai scăzut decât animalele care nu au primit nimic să mănânce, deşi stresorul pentru organism (lipsa hranei) era acelaşi (Mason, 1968). În cazul subiecţilor umani, apariţia fazei de alarmă este şi mai clar condiţionată de prelucrările informaţionale (Baum *et al.*, 1997); aceasta nu înseamnă că stresori foarte puternici (arsuri grave) nu pot determina direct răspunsul de stres, ci doar că, în cazul omului, ponderea prelucrărilor informaţionale în apariţia răspunsului de stres este foarte mare. Această stare de activare fiziologică pare să fie implicată în răspunsurile noastre emoţionale. Ea poate fi declanşată nu doar de stimuli fizici aversivi, de genul celor utilizaţi de Selye, ci şi de stimuli psihologici (de exemplu, discrepanţa dintre evenimentul activator şi scopurile/dorinţele noastre).

2.2.2.5.2. Nivelul afectiv-emoţional/subiectiv

La acest nivel, efectele rezultă din interacţiunile modificărilor cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice (Schachter şi Singer, 1962; Wellman *et al.*, 1995). Nivelul cognitiv asigură calitatea trăirilor (pozitivă *versus* negativă; tip specific de trăire), iar cel psihofiziologic/biologic, intensitatea lor; dacă modificarea psihofiziologică/biologică (de exemplu, activarea fiziologică) este foarte intensă, atunci, adesea, indiferent de factorul cognitiv, trăirea afectivă este una negativă.

La acest nivel se face o distincţie clară între trăirile emoţionale funcţionale (pozitive şi negative) şi trăirile emoţionale disfuncţionale (pozitive şi negative). Diferenţele dintre aceste tipuri de trăire emoţională sunt atât calitative, cât şi cantitative (Ellis, 1994; Ellis şi Harper, 1975). Funcţionalitatea/disfuncţionalitatea emoţiilor este dată de experienţa subiectivă, cogniţiile asociate (convingeri raţionale *versus* iraţionale) şi consecinţele lor – de exemplu, consecinţe comportamentale (Ellis şi DiGiuseppe, 1993). Astfel, emoţiile negative funcţionale (cum ar fi tristeţea) reflectă prezenţa unei experienţe subiective negative, a cogniţiilor raţionale, precum şi a unor consecinţe comportamentale adaptative. Emoţiile pozitive funcţionale (cum ar fi bucuria) reflectă prezenţa unei experienţe subiective pozitive, a cogniţiilor raţionale, precum şi a unor consecinţe comportamentale adaptative. Emoţiile negative disfuncţionale (de exemplu, stare depresivă), pe de altă parte, indică prezenţa unei experienţe subiective negative, a cogniţiilor iraţionale şi a consecinţelor comportamentale dezadaptative. În fine, emoţiile pozitive disfuncţionale (cum sunt bucuria şi extazul nesănătoase) indică prezenţa unei experienţe subiective pozitive, a cogniţiilor iraţionale şi a consecinţelor comportamentale dezadaptative (Ellis şi DiGiuseppe, 1993).

Din punct de vedere clinic, emoţiile negative sunt mai relevante, în timp ce emoţiile pozitive disfuncţionale sunt mai puţin studiate deocamdată (acesta este un domeniu cu potenţialităţi uriaşe de cercetare). Definite astfel, emoţiile negative disfuncţionale corespund problemelor de intensitate şi natură clinică (de exemplu, anxietate, depresie, furie, vinovăţie etc.), iar emoţiile negative funcţionale corespund reacţiilor negative fireşti (de exemplu, îngrijorare, tristeţe, nemulţumire, părere de rău etc.), asociate cu evenimente negative de viaţă (Bonnano, 2004; Ellis şi DiGiuseppe, 1993). De exemplu, studii recente (David *et al.*, 2005b) arată că, într-o situaţie de viaţă stresantă (operaţie la sân iminentă), femeile care întreţin cogniţii iraţionale vor trăi emoţii negative disfuncţionale intense, în timp ce pacientele cu niveluri scăzute de iraţionalitate vor experienţia emoţii negative funcţionale intense. Evident că o emoţie disfuncţională implică şi echivalenta funcţională a acesteia (dacă eşti deprimat, eşti şi trist; dacă eşti anxios, eşti şi îngrijorat; dacă eşti furios, eşti şi nemulţumit; dacă te simţi vinovat, ai şi păreri de rău); prezenţa unei emoţii funcţionale nu implică însă şi echivalenta disfuncţională (poţi să fii trist fără a fi deprimat; poţi să fii îngrijorat fără a fi anxios; poţi să fii nemulţumit fără a fi agresiv; poţi să ai regrete fără a te simţi vinovat).

Din punct de vedere terapeutic este important să modificăm emoţiile disfuncţionale în emoţii funcţionale (de exemplu, transformând „scopurile/dorinţele" formulate iraţional în „scopuri/dorinţe" formulate raţional); uneori putem interveni şi în reducerea intensităţii unei emoţii funcţionale şi negative (bunăoară, prin modificările la nivelul „scopurilor/dorinţelor": reducerea intensităţii lor, renunţarea la unele dintre ele etc.).

De regulă, emoţiile funcţionale şi negative nu fac obiectul intervenţiei terapeutice; ele sunt

reacţii de normalitate mediate de cogniţii funcţionale/raţionale la evenimente activatoare negative. Atunci când sunt însă foarte intense şi de durată, putându-se astfel transforma în emoţii disfuncţionale, ele pot fi modulate prin modificări în intensitatea şi/sau natura cogniţiilor raţionale (scopurile/dorinţele) cu care sunt asociate şi/sau prin modificări ale cogniţiilor reci asociate acestora (*reframing* – o altă interpretare/poveste), generându-se emoţii funcţionale negative mai puţin intense – pe fondul cărora pot apărea apoi emoţii pozitive –, sau, uneori, printr-un *reframing* adecvat, generându-se chiar emoţii pozitive. Acest lucru are însă implicaţii etice (de exemplu, în baza cărora criterii stabilim că cineva are dreptul să-şi dorească sau să nu-şi dorească ceva?) şi trebuie făcut cu grijă, adesea prin tehnici pragmatice de analiză a costurilor şi beneficiilor vizavi de anumite scopuri/dorinţe. Însă în situaţia în care cogniţiile care determină emoţiile, deşi formulate funcţional/raţional, sunt social sancţionate ca indezirabile (ca în anumite cazuri de pedofilie), ele pot face obiectul intervenţiei psihoterapeutice, fără a ne pune probleme etice majore; în aceste cazuri însă vom avea dificultăţi, căci pacienţii, fiind egosintonici, vor fi adesea nonaderenţi la tratament.

◊ EXEMPLU

A – B (funcţional/raţional foarte intens) – C (funcţional/adaptativ foarte intens).
A – B (funcţional/raţional) – C (funcţional/adaptativ)/A2 – B2 (disfuncţional/iraţional) – C2 (disfuncţional/iraţional).

În Anexa 1 (1.1) prezentăm o scală utilizată pentru a evalua emoţiile funcţionale şi disfuncţionale negative: PDE – Profilul Distresului Emoţional. Ea poate fi folosită în scop educaţional şi de cercetare, anunţând în prealabil International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (http://www.psychotherapy.ro). Utilizarea ei în cadrul unor servicii psihologice şi/sau clinice necesită acordul International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (http://www.psychotherapy.ro), care deţine dreptul de copyright, a cărui nerespectare are implicaţii penale.

Care este relaţia dintre stresul psihologic (răspunsul de stres perceput psihologic) şi emoţie? Relaţia este complexă. În primul rând, emoţiile implică adesea răspunsul de stres, cel puţin în prima sa fază: astfel, emoţiile par să fie circumscrise la nivel fiziologic de modificările care au loc în faza de alarmă (activarea fiziologică). Atunci când evenimentul activator nu corespunde expectanţelor noastre specifice, el poate declanşa răspunsul de stres. Astfel, dacă emoţia este pozitivă – nu corespunde expectanţelor specifice (*expectancy*), dar corespunde unor aşteptări (*hope*) ideale –, răspunsul de stres se numeşte „eustres”; de exemplu, o promovare (A) poate să nu corespundă expectanţelor specifice („Nu mă aşteptam”), dar corespunde aşteptărilor ideale („Doream să fiu promovat”), generând o stare de bucurie. Dacă emoţia este negativă (nu

corespunde nici expectanţelor specifice, nici aşteptărilor ideale), răspunsul de stres se numeşte „distres”. Aşadar evenimentul activator trebuie să depăşească resursele pentru care este pregătit organismul (expectanţele specifice) pentru a declanşa un răspuns de stres; în general însă, efectul eustresului este mai scurt şi mai puţin intens decât cel al distresului (rareori se ajunge la fazele de rezistenţă şi epuizare în cazul eustresului). Nu orice emoţie implică însă răspunsul la stres. Atunci când evenimentul activator corespunde expectanţelor noastre specifice, el nu declanşează răspunsul de stres, ci doar o stare emoţională pozitivă („Mă aşteptam să reuşesc şi am reuşit”) şi/sau negativă („Mă aşteptam să nu reuşesc şi nu am reuşit”); la fel se întâmplă, probabil, şi atunci când emoţiile sunt rezultatul unor prelucrări informaţionale inconştiente. Odată generate însă, emoţiile pot deveni, ele însele, stresori (evenimente activatoare) în funcţie de cum sunt prelucrate (B), generând apoi răspunsul de stres.

Uneori, trăirea emoţională este foarte greu de exprimat verbal, dar faptul că este dificil de exprimat nu înseamnă că ea nu există. Pacientul trebuie ajutat să exprime trăirea emoţională în limbajul său, folosind uneori elemente ajutătoare (de exemplu, desene cu figuri umane exprimând diverse emoţii, cum ar spune alţii că se simt în situaţia dată, mijloace nonverbale, cum crede – ipotetic – că se simte etc.). Nu eticheta pe care o foloseşte subiectul contează, ci ce descrie această etichetă. De exemplu, „generaţia Internet” utilizează adesea jargonul pentru a-şi descrie starea afectivă: „cool”, „hot”, „naşpa”, iar la nivelul simţului comun nu se utilizează constructele din cărţile noastre de psihologie (mulţi spun „necăjit” în loc de „trist”). Nu are sens să-i învăţăm limbajul psihologic, ci să definim foarte clar la ce se referă eticheta utilizată. Evident că, pentru a putea comunica cu colegii, noi traducem permanent în termeni profesionali ceea ce spune pacientul (de exemplu, „necăjit” în „trist”), dar în discuţia cu acesta putem păstra termenii lui, odată ce i-am definit clar. Uneori pot să apară confuzii. Întrebându-l pe pacient ce simte, el ne spune la ce se gândeşte (de exemplu, „Mă simt inferior lor”); aceste diferenţe care exprimă confuziile psihologiei de simţ comun trebuie corectate, căci distincţia între cogniţie şi emoţie este fundamentală pentru demersul terapeutic.

Teoria evaluării

Teoria evaluării (vezi partea stângă din figura 2.6; Smith şi Lazarus, 1993; Smith *et al.*, 1993) este cel mai bine susţinută ştiinţific pentru înţelegerea modificărilor complexe de la nivel afectiv-emoţional/subiectiv; deşi iniţial a fost propusă ca o teorie a stresului (Folkman şi Lazarus, 1988), ulterior, ca urmare a relaţiilor strânse dintre stres şi emoţie (vezi şi analiza de mai sus), ea a fost generalizată ca teorie a emoţiilor. Conform teoriei evaluării (Lazarus, 1991; Smith şi Lazarus, 1993), apariţia emoţiilor are la bază interacţiunea (tranzacţia) dintre individ şi mediu. Tranzacţia include atât scopurile/dorinţele persoanei, cât şi reprezentările mentale ale evenimentelor din

mediul înconjurător. Aceasta corespunde legăturii A – B din modelul ABCDE (Beck, 1976; Ellis, 1994) în teoria clinică cognitiv-comportamentală. Altfel spus, evenimentele din mediu sunt mai întâi reprezentate prin cogniţii descriptive şi inferenţiale în sistemul cognitiv. Ulterior, reprezentările sunt procesate din punctul de vedere al relevanţei lor pentru scopurile/dorinţele persoanei (exprimate în expectanţe şi aşteptări), procesare definită prin termenul „evaluare" (*appraisal*) – B-ul evaluativ din modelul ABCDE. Deşi reprezentările mentale contribuie la producerea emoţiilor, doar evaluările determină în mod direct apariţia acestora; altfel spus, cogniţiile reci disfuncţionale nu produc reacţii disfuncţionale decât dacă sunt evaluate iraţional. În continuare, emoţiile generate (C-ul din modelul ABCDE) duc la angajarea mecanismelor de coping, care vor modifica interacţiunea persoană-mediu, ceea ce va duce la noi evaluări şi la schimbări în calitatea şi intensitatea emoţiilor resimţite (vezi figura 2.6).

Pe baza acestei teorii, evaluările (*appraisal*) pot fi descrise la două niveluri: (1) procese informaţionale evaluative specifice (*appraisal*) şi (2) procese informaţionale evaluative integrative, numite şi teme relaţionale centrale (*core relational themes*). Să le analizăm în continuare şi să vedem cum se relaţionează cu procesele informaţionale descriptive, inferenţiale şi evaluative descrise deja în modelul ABC cognitiv (vezi şi David, 2003a).

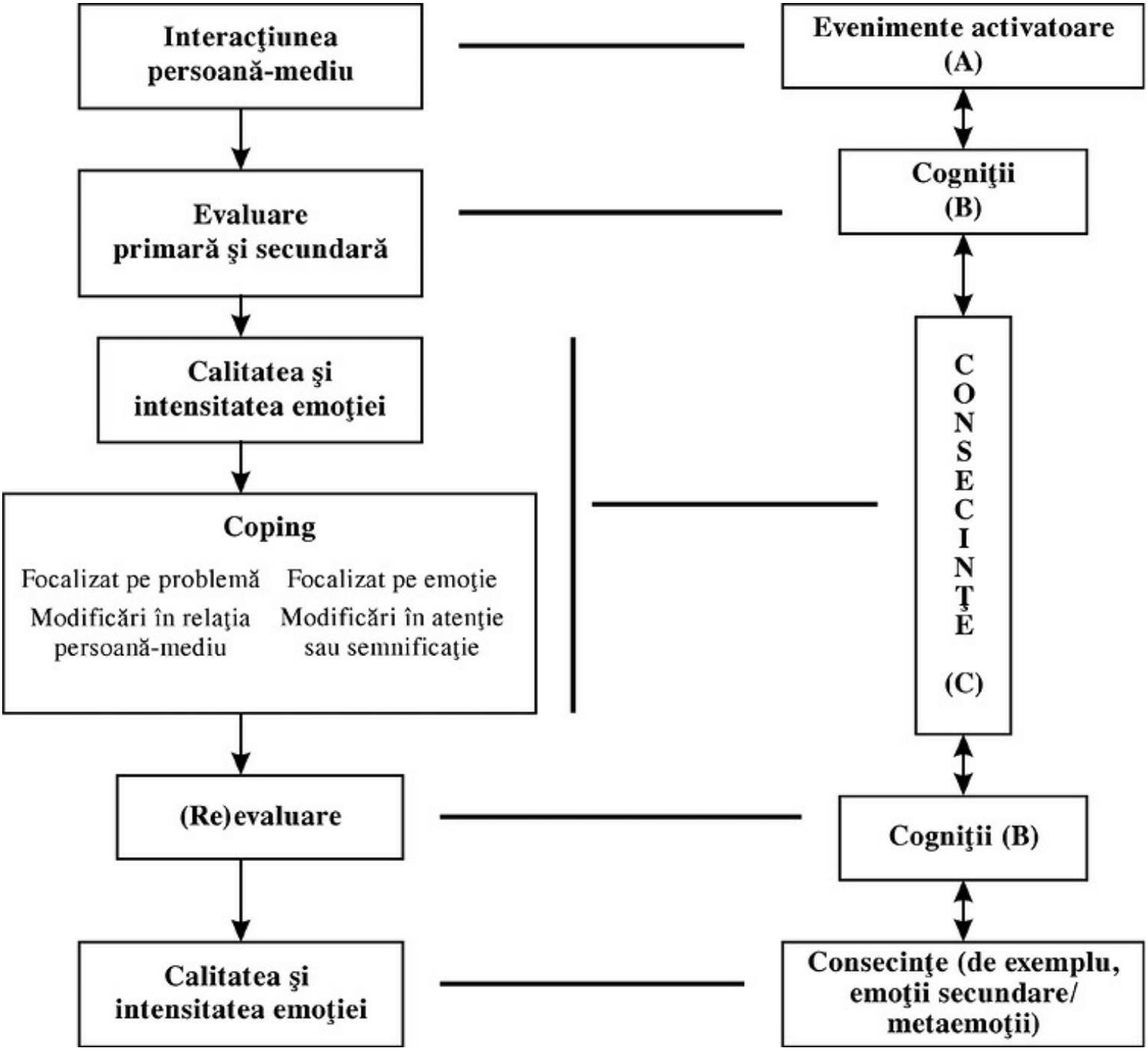


Figura 2.6. *O analogie între teoria evaluării şi teoria clinică cognitiv-comportamentală*

Procesele informaţionale evaluative specifice sunt de trei tipuri:

(1) Evaluarea primară (*primary appraisal*) are drept componente *relevanţa motivaţională* şi *congruenţa motivaţională*. Cele două componente reflectă, pe de o parte, măsura în care evenimentul este relevant pentru scopurile/dorinţele persoanei, iar pe de altă parte, măsura în care acesta este congruent cu scopurile/dorinţele persoanei. În situaţiile în care un eveniment este relevant pentru scopurile/dorinţele persoanei, dar nu este congruent cu acestea, formularea scopurilor/dorinţelor respective în termeni *absolutişti* – cogniţie iraţională: trebuie (de exemplu, „Este extrem de important pentru mine să fiu apreciat de prietenii mei, însă aceştia nu mă apreciază aşa cum ar trebui să o facă”) – se va solda cu apariţia *emoţiilor negative disfuncţionale* (de

exemplu, deprimare). În aceleaşi condiţii, formularea scopurilor/dorinţelor în termeni *preferenţiali* – cogniţie raţională: prefer (de exemplu, „Este extrem de important pentru mine să fiu apreciat de prietenii mei, însă aceştia nu mă apreciază aşa cum aş prefera să o facă") – duce la trăirea unor *emoţii negative, dar funcţionale* (de exemplu, tristeţe).

(2) Evaluarea secundară (*secondary appraisal*): componentele acesteia vizează resursele şi opţiunile de coping ale persoanei în situaţii negative (Smith *et al.*, 1993). Acestea sunt: (a) *responsabilizarea celorlalţi sau a propriei persoane*; (b) *expectanţele pozitive sau negative faţă de viitor*; (c) *potenţialul de coping focalizat pe problemă*; (d) *potenţialul de coping focalizat pe emoţie*.

(a) Responsabilizarea celorlalţi sau a propriei persoane se referă la desemnarea persoanei sau a situaţiei ca fiind răspunzătoare de evenimentul apărut (în teoria clinică cognitiv-comportamentală – modelul ABC cognitiv – ele sunt mai mult cogniţii descriptive şi inferenţiale decât cogniţii evaluative). În contextul formulării scopurilor/dorinţelor în variantă iraţională, desemnarea, în termeni de *evaluare globală* – cogniţie iraţională (de exemplu, „Eu sunt vinovat de eşecul la examen deoarece trebuia să fi învăţat mai mult" sau „Profesorul este vinovat") –, a persoanei sau a situaţiei ca responsabilă de evenimentul negativ se asociază cu *emoţii negative disfuncţionale* (de exemplu, furie).

(b) Expectanţele pozitive sau negative faţă de viitor se referă la posibilitatea de a induce schimbări în situaţia existentă (în teoria clinică cognitiv-comportamentală – modelul ABC cognitiv – ele sunt mai mult cogniţii descriptive şi inferenţiale decât cogniţii evaluative). În asociere cu *evaluarea globală* (cogniţie iraţională) negativă a propriei persoane (de exemplu, „O persoană incompetentă cum sunt eu nu poate face nimic pentru ca lucrurile să se schimbe în bine în viitor"), aceste expectanţe vor înclina spre polul negativ, ducând la *emoţii negative disfuncţionale* (de exemplu, deprimare).

(c) Potenţialul de coping focalizat pe problemă reflectă evaluarea abilităţii persoanei de a acţiona direct asupra situaţiei (în teoria clinică cognitiv-comportamentală – modelul ABC cognitiv – ele sunt mai mult cogniţii descriptive şi inferenţiale decât cogniţii evaluative). În asociere cu *evaluarea globală* (cogniţie iraţională) negativă a propriei persoane („Nu am abilităţile necesare pentru a face faţă acestei situaţii şi asta înseamnă că sunt un incapabil"), acesta duce la apariţia *emoţiilor negative disfuncţionale* (de exemplu, deprimare).

(d) Potenţialul de coping focalizat pe emoţie reflectă evaluarea abilităţii persoanei de a se adapta psihologic la situaţia apărută (în teoria clinică cognitiv-comportamentală – modelul ABC cognitiv – ele sunt mai mult cogniţii descriptive şi inferenţiale decât cogniţii evaluative). În asociere cu *toleranţa scăzută la frustrare* (cogniţie iraţională) şi *tendinţa spre catastrofare* –

cogniţie iraţională: „Nu pot să mă controlez în situaţia aceasta şi asta este îngrozitor şi insuportabil” –, acesta duce la trăirea *emoţiilor negative disfuncţionale* (de exemplu, stare anxioasă).

Aceste analize (vezi tabelul 2.4) scot în evidenţă mecanisme cognitive etiopatogenetice caracteristice unor tulburări specifice. La o analiză atentă, se observă că aceste mecanisme cognitive (de exemplu, prin elementele comune de incongruenţă şi relevanţă motivaţională) pot explica atât comorbiditatea ridicată a tulburărilor psihice şi/sau faptul că scalele care le evaluează încarcă adesea un factor comun (de exemplu, neuroticismul), cât şi diferenţele specifice dintre acestea (de exemplu, prin evaluările secundare specifice). De asemenea, această teorie explică de ce emoţiile pozitive pot coexista cu cele negative (într-o situaţie-ţintă, subiectul poate avea scopuri/dorinţe multiple, afectate diferit de situaţia-ţintă), deşi această coexistenţă este mai uşoară între emoţiile pozitive şi cele funcţionale şi negative; această coexistenţă este favorizată de faptul că scopurile, nefiind maximal activate (prefer *versus* trebuie), nu inhibă complet restul scopurilor în situaţia-ţintă, unele dintre acestea putând fi aşadar atinse în situaţia-ţintă (de exemplu, deşi sunt trist că nu am luat examenul, sunt bucuros că am fost în sala de examen cu colega pe care o iubesc).

Tabelul 2.4. Teoria evaluării asupra formării emoţiilor (stânga) şi un model ipotetic asupra formării emoţiilor bazat atât pe teoria evaluării, cât şi pe teoria clinică cognitiv-comportamentală (dreapta)

Teoria evaluării (Smith et al., 1993)			Teoria clinică cognitiv-comportamentală (David et al., 2002)		
Emoţia	Teme relaţionale centrale	Componentele evaluării	Emoţii: disfuncţionale şi funcţionale	Teme relaţionale centrale	Componente de evaluare relevante
Furie	Culpabilizarea/ blamarea celorlalţi	Relevant motivaţional Incongruent motivaţional Responsabilizarea altora (de exemplu, alte persoane, condiţiile de viaţă)	Furie	Culpabilizarea/blamarea celorlalţi	Relevant motivaţional Incongruent motivaţional cu cerinţe absolutiste Responsabilizarea altora (de exemplu, ceilalţi, condiţiile de viaţă)
			Nemulţumire		Relevant motivaţional Incongruent motivaţional cu preferinţele persoanei Responsabilizarea altora (de exemplu, ceilalţi, condiţiile de viaţă)
Vinovăţie	Autoculpabilizare/blamarea	Relevant motivaţional	Vinovăţie	Autoculpabilizare/blamarea	Relevant motivaţional

	propriei persoane	Incongruent motivaţional Responsabilizarea propriei persoane		propriei persoane	Incongruent motivaţional cu cerinţe absolutiste Responsabilizarea propriei persoane (eu)
			Remuşcare		Relevant motivaţional Incongruent motivaţional cu preferinţele persoanei Responsabilizarea propriei persoane (eu)
Frică – Anxietate	Pericol – Ameninţare	Relevant motivaţional Incongruent motivaţional Potenţial de coping scăzut sau incert, focalizat pe emoţie	Frică – Anxietate	Pericol – Ameninţare	Relevant motivaţional Incongruent motivaţional cu cerinţe absolutiste Potenţial de coping scăzut sau incert, focalizat pe emoţie (catastrofare, toleranţă scăzută la frustrare)
			Îngrijorare		Relevant motivaţional Incongruent motivaţional cu preferinţele persoanei Potenţial de coping focalizat pe emoţie (evaluări noncatastrofale, toleranţă la frustrare)
Tristeţe – Deprimare	Pierdere irevocabilă; neputinţă în faţa pierderii sau adversităţii	Relevant motivaţional Incongruent motivaţional Potenţial de coping scăzut, focalizat pe problemă Expectanţe negative faţă de viitor	Deprimare	Pierdere irevocabilă; neputinţă în faţa pierderii sau adversităţii	Relevant motivaţional Incongruent motivaţional cu cerinţe absolutiste Potenţial de coping scăzut, focalizat pe problemă (evaluarea globală negativă a propriei persoane) Expectanţe negative faţă de viitor
			Tristeţe		Relevant motivaţional Incongruent motivaţional cu preferinţele persoanei

					Potenţial de coping focalizat pe problemă (absenţa evaluării globale negative a propriei persoane) Expectanţe negative faţă de viitor

(3) Reevaluarea (*reappraisal*) se referă la modificarea evaluărilor, pe baza unor informaţii noi despre situaţia din mediu şi/sau persoană.

Temele relaţionale specifice (*core relational themes*)

Modalitatea particulară de combinare a proceselor informaţionale evaluative primare şi secundare se reflectă în conturarea unor teme centrale subiacente emoţiilor generate. De exemplu, anxietatea are ca temă centrală „pericolul – ameninţarea" şi este rezultatul asocierii dintre următoarele componente: relevanţă motivaţională ridicată, congruenţă motivaţională scăzută şi potenţial de coping scăzut, focalizat pe emoţie, dublate de prezenţa următoarelor convingeri disfuncţionale: trebuie absolutist, toleranţă scăzută la frustrare, catastrofare. Tabelul 2.4 sintetizează relaţia dintre cogniţii şi emoţii prin prisma teoriei evaluării, precum şi relaţia acesteia cu teoria clinică cognitiv-comportamentală, bazată pe modelul ABC cognitiv.

2.2.2.5.3. Nivelul comportamental

La acest nivel ne referim la comportamentul operant. Comportamentul respondent este inclus la nivelul psihofiziologic/biologic, iar cel interiorizat este redefinit ca prelucrare informaţională (discutată anterior). Se face aici distincţie între comportamentele adaptative şi comportamentele dezadaptative. Comportamentele adaptative sunt acele reacţii/răspunsuri observabile şi măsurabile, învăţate în cursul dezvoltării ontogenetice, care sunt utile persoanei şi o ajută să se adapteze eficient la mediul său. Comportamentele dezadaptative sunt acele reacţii/răspunsuri observabile şi măsurabile, învăţate în cursul dezvoltării ontogenetice, care sunt în detrimentul persoanei şi o împiedică să se adapteze eficient la mediul său (David *et al.*, 1998, 2000). Un comportament nu este adaptativ sau dezadaptativ în sine; el devine adaptativ sau dezadaptativ doar raportat la un anumit context. Să analizăm în continuare modul în care comportamentul poate fi conceptualizat prin prisma modelului ABC comportamental.

2.2.3. Modelul ABC comportamental

Pentru analiza la nivel comportamental se utilizează frecvent modelul *ABC comportamental* (A – antecedente; B – comportament/*behavior*, adesea operant; C – consecinţe), numit şi analiză funcţională a comportamentului. Modelul ABC comportamental porneşte de la modelul behaviorist original (Skinner, 1953, 1974), îmbogăţit în dezvoltările lui moderne cu elemente de prelucrare informaţională, cum ar fi expectanţele (vezi contribuţia lui Albert Bandura şi Julian Rotter). Astfel, aşa cum am mai spus, prin prisma acestui model (vezi şi Anexa 2), comportamentele noastre sunt generate de prelucrări informaţionale amorsate de stimuli şi sunt menţinute de consecinţele lor. Să-l analizăm în cele ce urmează.

2.2.3.1. Antecedente (A)

Antecedentele sunt reprezentate de stimuli şi de prelucrările informaţionale. *Stimulii* pot fi externi (orice din afara organismului care influenţează activitatea exteroceptorilor) sau interni, care afectează activitatea intero- şi proprioceptorilor (David *et al.*, 1998/2000). Prin influenţa asupra comportamentului, ei devin stimuli discriminativi/discriminanţi.

Cele mai importante *prelucrări informaţionale* implicate în generarea comportamentelor operante sunt de tip cogniţii descriptive şi inferenţiale, şi anume: (1) cunoştinţe procedurale (ca să generez un comportament, trebuie să ştiu cum să-l fac); (2) autoeficacitate (ca să generez un comportament, trebuie să am încredere că pot să-l generez); (3) expectanţe pozitive (fac un comportament dacă mă aştept să-mi aducă beneficii). În acest context, înţelegem de ce simple sfaturi (ce să faci), care sunt de o importanţă vitală pentru pacient (de exemplu, să nu mănânce dulciuri dacă suferă de diabet), adesea nu se exprimă în schimbări comportamentale. Pentru o schimbare eficientă, trebuie să îi spunem subiectului nu doar ce să facă, ci şi (1) cum să facă comportamentul prescris (cunoştinţe procedurale), (2) ce beneficii îi va aduce comportamentul (expectanţe pozitive) şi (3) să-l ajutăm să înţeleagă faptul că este capabil să facă acest lucru (autoeficacitate). De asemenea, este important să asociem aceste comportamente cu anumite evenimente activatoare (contexte de viaţă) şi să le întărim atunci când se produc.

2.2.3.2. Comportament (behavior) (B)

Comportamentele care se pretează cel mai bine la analiza prin prisma modelului ABC

comportamental sunt cele operante, adică acelea prin care operăm asupra mediului în care trăim (de exemplu, mutarea unui obiect dintr-un loc în altul).

2.2.3.3. Consecinţe (C)

Consecinţele (stimuli care urmează unui comportament operant) includ întăririle (care cresc ocurenţa comportamentului-ţintă) şi pedepsele (care scad ocurenţa comportamentului-ţintă). Ca urmare a evoluţiei speciei, două tipuri de consecinţe (primare) ale comportamentului operant sunt fundamentale în influenţarea acestuia: (1) întărirea (*reinforcer* sau *positive reinforcer*) – de exemplu, hrană, sex – şi (2) pedeapsa (*punisher* sau *negative reinforcer*) – de exemplu, frig, arsură, lipsa hranei. Procesul prin care o întărire (*positive reinforcer*) creşte ocurenţa comportamentului care o produce se numeşte *proces de întărire pozitivă* (*positive reinforcement*). Procesul prin care o pedeapsă (*punisher/negative reinforcer*) creşte ocurenţa comportamentului care o elimină se numeşte *proces de întărire negativă* (*negative reinforcement*); dacă prin comportament se previne apariţia unei pedepse, atunci vorbim despre *proces de evitare* (*avoidance*). În fine, procesul prin care o pedeapsă (*punisher/negative reinforcer*) reduce ocurenţa comportamentului care o produce se numeşte *proces de pedepsire* (*punishment*); acelaşi proces de pedepsire este implicat şi atunci când se reduce ocurenţa unui comportament prin faptul că este eliminată o întărire (*positive reinforcer*)

Trebuie să conştientizăm faptul că accelerarea sau decelerarea unui comportament (B) este natural şi automat însoţită de decelerarea, respectiv accelerarea comportamentului opus (B^*). A nu face ceva este un comportament! Evident că, fiind vii, pentru noi este mai uşor să facem ceva decât să nu facem ceva. Reguli precum „Nu bea!”, „Nu fuma!” au de obicei un control redus asupra comportamentului; sunt convins că aţi simţit-o uneori pe propria piele! Astfel de reguli – *regula mortului* – funcţionează perfect pentru un mort, care, cu siguranţă, nu va bea, nu va fuma etc. Unei fiinţe vii trebuie să-i spui nu ce să nu facă, ci ce să facă; modificarea comportamentală va fi mai eficientă în acest fel. În terapie urmărim aşadar de cele mai multe ori o decelerare a unui comportament dezadaptativ (B), însoţită de accelerarea unui comportament adaptativ (B2). Comportamentul adaptativ B2 trebuie să aibă următoarele caracteristici (Catania şi Brigham, 1978):

– să fie incompatibil cu comportamentul dezadaptativ B;
– să aducă aceleaşi beneficii ca şi comportamentul dezadaptativ B;
– să fie adaptativ.

Se observă că, dacă am rămâne doar la tendinţa naturală de a accelera B* în loc de B2, adesea nu am respecta decât prima condiţie a unei schimbări de comportament eficace (să fie incompatibil cu B), ceea ce ar face ca intervenţia terapeutică să fie mai puţin eficientă.

◊ EXEMPLU

(1) Comportamentul B: fumează.

Acest comportament are următoarele beneficii pentru pacient: elimină anxietatea şi stresul, atrage atenţia şi stima celorlalţi etc.

(2) Comportamentul B*: nu fumează.

Acest comportament este incompatibil cu B, este adaptativ, dar nu are aceleaşi beneficii (de exemplu, nu îi reduce anxietatea).

(3) Comportamentul B2: face sport, aleargă.

Acest comportament este incompatibil cu B (este greu să alergi şi să fumezi în acelaşi timp), este adaptativ şi are aceleaşi beneficii ca şi B (reduce stresul şi anxietatea, atrage atenţia şi stima celorlalţi).

2.2.4. Implicaţii ale modelelor ABC cognitiv şi ABC comportamental

În sinteză, modelul ABC cognitiv apare ca în figura 2.7, iar modelul ABC comportamental, ca în figura 2.8 (vezi şi Anexa 2). Să analizăm în continuare implicaţiile clinice ale acestor modele (vezi şi Ellis, 1994; David, 2006a).

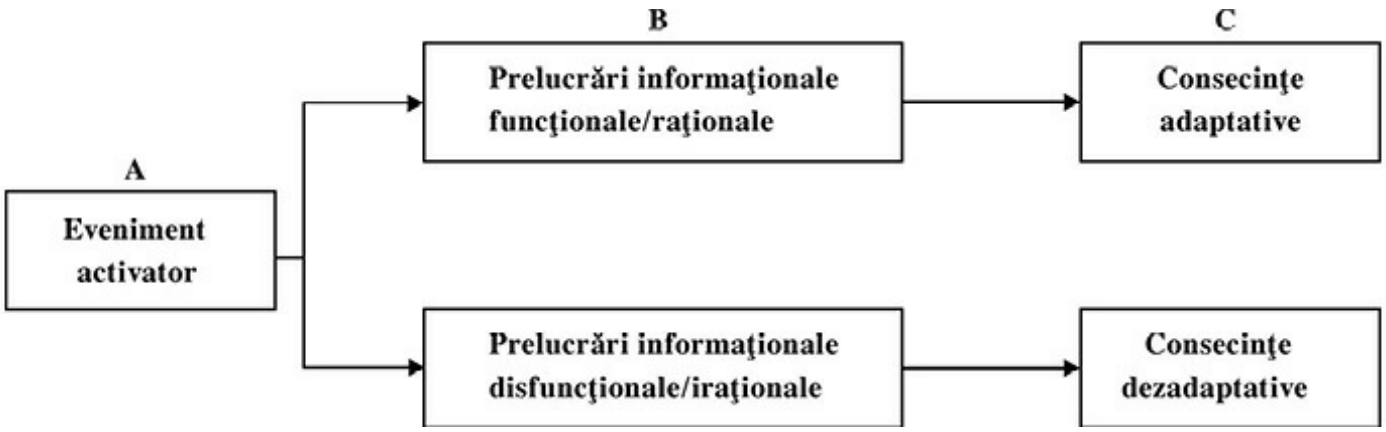


Figura 2.7. *Modelul ABC cognitiv: o prezentare schematică*

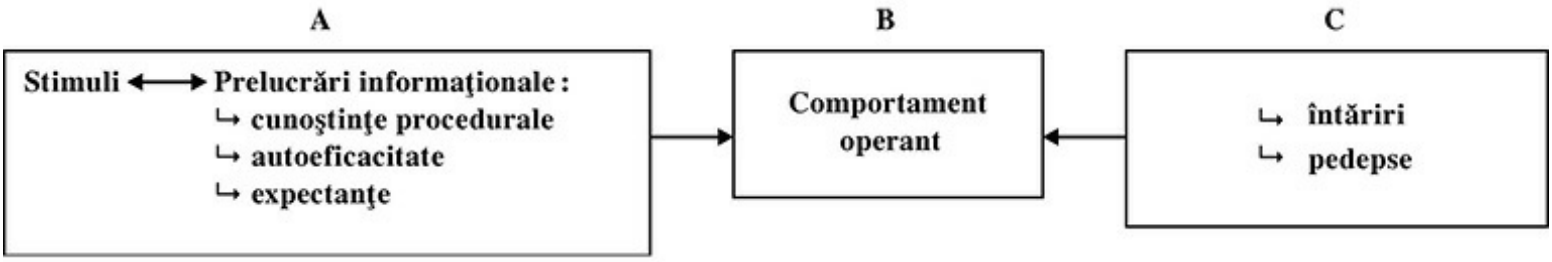


Figura 2.8. *Modelul ABC comportamental: o prezentare schematică*

I . *Limbaj ştiinţific* versus *limbaj de interfaţă.* În înţelegerea modelelor ABC cognitiv şi comportamental trebuie să fim atenţi la felul în care interpretăm ceea ce spune pacientul. Limbajul acestuia este un punct important de pornire, dar este necesar să verificăm semnificaţia lui.

De exemplu, în cazul modelului ABC cognitiv, un pacient poate afirma că îşi doreşte să fie apreciat de ceilalţi, ceea ce pare o evaluare raţională; la o analiză atentă însă, se poate observa că, de fapt, evaluarea este una iraţională, pacientul crezând că ceilalţi trebuie cu necesitate să-l aprecieze. Similar, în cazul emoţiilor, un pacient poate menţiona că este deprimat, dar la o analiză atentă se dovedeşte că e vorba despre o emoţie funcţională, de tristeţe (sau invers). Neînţelegerea acestor nuanţe poate duce la erori importante în psihoterapie.

În cazul modelului ABC comportamental, în cursul interviului clinic pacientul îşi prezintă adesea simptomatologia în termeni „mentalişti". Noi trebui să traducem aceşti termeni mentalişti în termeni comportamentali. De exemplu, afirmaţia pacientului „…sunt neserios…" poate însemna, în termeni comportamentali, „…întârzii la întâlniri…" etc. „Neseriozitatea" este un termen foarte general, greu de conceptualizat clinic, în timp ce comportamentul de a întârzia la întâlniri este uşor de definit şi apoi de abordat prin tehnici comportamentale.

II. *Modelul ABC cognitiv* versus *modelul ABC comportamental.* Modelele ABC cognitiv şi ABC comportamental sunt complementare. La o analiză atentă se observă că modelul ABC comportamental rezultă, de fapt, din modelul ABC cognitiv dacă: (1) considerăm A (evenimentele activatoare) şi B (cogniţiile) antecedente (A) ale comportamentului (B) (care era un C în modelul ABC cognitiv) şi (2) luăm în calcul explicit consecinţele (C) comportamentului. Utilizarea modelului ABC cognitiv este indicată mai ales atunci când problema pe care ne focalizăm este una de ordin emoţional. Dacă ea implică însă un comportament operant, atunci este mai util să folosim pentru conceptualizare modelul ABC comportamental.

III. *Problemă practică* versus *problemă emoţională.* Se face o diferenţă clară între probleme de ordin practic (A) şi probleme emoţionale (C).

- Problema practică este reprezentată de un eveniment activator (A) de tip „situaţie externă".

Uneori ea nu poate fi modificată, dar alteori poate fi schimbată prin proceduri specifice. Cele mai cunoscute modalităţi de intervenţie terapeutică pentru modificarea problemei practice sunt (pentru detalii, vezi David *et al.*, 2000): (1) rezolvarea de probleme, incluzând tehnicile decizionale; (2) antrenamentul asertiv, incluzând tehnici de negociere şi rezolvarea conflictelor, tehnici de dezvoltare a abilităţilor sociale etc. (în principiu, orice intervenţie care modifică situaţia externă).

- Problema emoţională este reprezentată de tabloul clinic, cu accent pe componenta afectiv-emoţională/subiectivă negativă a acestuia; ea se referă atât la emoţia primară, cât şi la cea secundară (metaemoţia). Dacă nu există o problemă emoţională, atunci pacientul nu vine de bunăvoie la psihoterapie; el poate să ajungă în psihoterapie doar constrâns social sau legal; în acest caz, se va aborda direct problema practică – proces dificil, ţinând cont de reticenţa pacientului. Atunci când vine la psihoterapie de bunăvoie (majoritatea cazurilor), există o problemă emoţională funcţională şi/sau, mai tipic, disfuncţională. Dacă problema emoţională este funcţională, atunci se va aborda direct problema practică; rareori, mai ales dacă problema practică nu poate fi modificată, poate fi abordată şi problema emoţională funcţională foarte intensă prin modificarea cogniţiei funcţionale/raţionale care o susţine (de exemplu, moartea cuiva drag poate declanşa o reacţie de tristeţe foarte intensă, care, deşi nu îndeplineşte criteriile pentru psihopatologie – căci este susţinută de o cogniţie raţională –, afectează pe termen scurt funcţionarea eficientă a pacientului).

Dacă problema este disfuncţională, atunci strategia este mai complexă. Secvenţa terapeutică este ghidată de distincţia dintre „a te simţi mai bine” (*feeling better* – tratament simptomatic), „a te face bine” (*getting better* – tratament etiopatogenetic care previne şi recăderile/*relapse*) şi „a rămâne sănătos” (*staying better* – tratament etiopatogenetic care previne şi recurenţa/*reccurence*). O rezolvare a problemei practice (A) ar duce şi la ameliorarea problemei emoţionale (C), însă pacientul ar rămâne cu vulnerabilitatea cognitivă, atât prin structuri locale, cât şi prin structuri generale, şi ar fi predispus la recăderi şi recurenţe ale bolii (s-ar simţi mai bine, fără a se face bine). Ordinea indicată este: rezolvarea problemei emoţionale disfuncţionale, prin modificarea prelucrărilor informaţionale disfuncţionale (şi aici se începe cu metaemoţia, dacă aceasta există), după care se intervine pentru a rezolva problema practică (dacă este posibil). În acest fel, pacientul ajunge nu doar să se simtă mai bine, ci şi să se facă bine. Excepţia este situaţia de criză când, dacă tratamentul simptomatic (rezolvarea situaţiei practice) poate ameliora rapid criza, atunci el se implementează primul, urmând ca tratamentul etiopatogenetic să fie implementat ulterior.

Aşadar modificarea problemei practice poate ameliora tabloul clinic, dar va predispune pacientul la recăderi şi recurenţe ale tulburării. Modificarea structurilor cognitive locale –

gândurile automate – va preveni recăderile; efectul va fi cu atât mai puternic cu cât se schimbă atât cogniţiile descriptive şi inferenţiale, cât şi cele evaluative. Modificarea structurilor cognitive generale – cogniţii centrale, intermediare şi evaluative – va preveni recurenţa tulburărilor; efectul va fi cu atât mai puternic cu cât se schimbă atât cogniţiile descriptive şi inferenţiale, cât şi cele evaluative.

◊ EXEMPLU (VEZI ŞI FIGURILE 2.5 ŞI 5.1)

Cearta cu soţia (A), ca urmare a factorului de vulnerabilitate (B) de tipul „cogniţii centrale" (de exemplu, „Sunt fără valoare") şi „cogniţii evaluative generale" (de exemplu, „Trebuie să fiu iubit, altfel sunt fără valoare"), generează un tablou clinic format din: (1) cogniţii (B) de tipul „descrieri şi inferenţe locale" (de exemplu, „Soţia se uită urât la mine, mă va părăsi") şi „cogniţii evaluative locale" (de exemplu, „Soţia trebuie să mă iubească"); (2) stări afective (de exemplu, stări depresive); (3) reacţii comportamentale (de exemplu, izolare); (4) reacţii psihofiziologice (de exemplu, insomnii, probleme sexuale etc.). Dacă se rezolvă mai întâi problema practică (A) (cearta cu soţia), prin terapie de cuplu şi/sau de îmbunătăţire a comunicării, adesea tabloul clinic se va remite dacă nu a apucat să dobândească autonomie funcţională faţă de evenimentul activator; acest lucru este *feeling better*, deoarece pacientul nostru va rămâne cu o vulnerabilitate cognitivă locală şi generală (B) (cogniţii evaluative, descriptive şi inferenţiale, locale şi generale) prezentă, dezactivată doar. La următoarea ceartă serioasă sau ameninţare de divorţ, întregul tablou clinic va reapărea. Similar, tratamentul medicamentos poate reduce tabloul clinic (de exemplu, reducând starea afectivă şi/sau psihofiziologică/biologică, se dezactivează şi componentele cognitiv-comportamentale din cadrul acesteia), dar vulnerabilitatea locală şi generală (B) rămâne prezentă, gata să fie activată de un nou (A)! Aşadar, dacă tabloul clinic este controlat medicamentos (de exemplu, se reduce componenta psihofiziologică/biologică prin medicaţie), atunci şi gândurile automate vor fi reduse, pe baza relaţiei reciproce care există între toate componentele tabloului clinic. În acest caz însă, ele vor fi dezactivate, nu modificate! Aceasta este o diferenţă-cheie. Ele pot fi oricând activate (de exemplu, de situaţii stresante, de modificări biochimice) şi pot reinstala rapid tabloul clinic. În plus, tratamentul medicamentos nu afectează factorii de vulnerabilitate generală, ceea ce generează o dublă vulnerabilitate: locală – gânduri automate care sunt dezactivate, nu modificate – şi generală – structuri cognitive generale (cogniţii centrale, intermediare şi evaluative generale)! Atât timp cât se ia medicaţia, simptomatologia nu se va putea declanşa, deşi (A) este prezent. La întreruperea medicaţiei şi/sau la apariţia unor noi A-uri, tabloul clinic se poate însă reinstala, ca urmare a prezenţei vulnerabilităţii locale şi generale (B). Strategia adecvată este să abordăm mai întâi problema emoţională (C), prin modificarea iniţială a B-ului local; astfel se poate ameliora tabloul clinic şi se pot preveni recăderile; prevenirea recăderilor este cu atât mai bună cu cât se modifică ambele componente din aceste structuri cognitive locale: cogniţiile descriptive şi inferenţiale şi evaluările. Pentru a preveni recurenţa, se modifică apoi B-ul ca stare de vulnerabilitate generală; prevenirea recurenţei este cu atât mai bună cu cât se modifică ambele componente din aceste structuri cognitive generale: cogniţiile descriptive şi inferenţiale şi evaluările. Abia după aceea se va lucra asupra problemei practice (A), prin tehnici de comunicare, terapie de cuplu etc. În acest fel, obţinem nu doar un *feeling better* prin tratament simptomatic (ameliorăm tabloul clinic), ci, mai ales printr-un tratament etiopatogenetic, şi un *getting better* (prevenim recăderile) şi *staying better* (prevenim recurenţa). Medicaţia poate fi utilizată pe parcursul psihoterapiei dacă eficientizează demersul de restructurare cognitivă.

IV. *Tabloul clinic şi etiopatogeneza.* Tabloul clinic este format din consecinţele (C) prelucrărilor informaţionale din modelul ABC cognitiv, la care se adaugă adesea gândurile automate (vezi figurile 2.4 şi 5.1). Cogniţiile evaluative generale, alături de cogniţiile centrale şi intermediare, sunt considerate factori de vulnerabilitate generală (personalitate premorbidă) care, în interacţiune cu evenimente de viaţă, generează tabloul clinic ce include componente afectiv-emoţionale/subiective, cognitive (cogniţii descriptive, inferenţiale şi evaluative locale),

comportamentale şi psihofiziologice/biologice (vezi şi figura 5.1).

În *Manualul de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale* (DSM-IV; APsyA, 2000), tabloul clinic prezintă un amestec eterogen de manifestări afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi/sau psihofiziologice/biologice, interrelaţionate; el este gândit ca neutru sub aspect etiopatogenetic. Abordarea cognitivă reliefează însă faptul că tabloul clinic poate să fie structurat astfel încât să implice mecanisme etiopatogenetice cu relevanţă pentru modalitatea de intervenţie. Astfel, factorii cognitivi (gândurile automate) din tabloul clinic, amorsaţi de factorii de vulnerabilitate generală, sunt cei care activează, la rândul lor, celelalte componente ale acestuia: stări afectiv-emoţionale/subiective, comportamente, manifestări psihofiziologice/biologice, componente cu care ei se găsesc în relaţii de influenţă reciprocă.

V. *Strategii de restructurare cognitivă.* Există discuţii dacă restructurarea cognitivă implică eliminarea vechilor cogniţii disfuncţionale şi iraţionale şi punerea în locul lor a unor cogniţii noi, funcţionale şi raţionale, sau are loc doar o întărire a cogniţiilor noi (funcţionale şi raţionale) în comparaţie cu cele vechi (disfuncţionale şi iraţionale), care rămân în sistemul cognitiv, cele noi preluând însă controlul răspunsurilor noastre. Noi credem (David şi Szentagotai, 2006) că ambele procese pot avea loc, în funcţie de reuşita restructurării cognitive. Este probabil ca, utilizând tehnici logice şi empirice (vezi capitolul 7), să aibă loc o restructurare de profunzime (structurile cognitive se restructurează în forme noi), iar utilizând tehnici pragmatice, să aibă loc o restructurare de suprafaţă (se adaugă structuri noi care intră în competiţie cu cele vechi, rămase neschimbate). În plus, trebuie conştientizat faptul că reducerea cogniţiilor disfuncţionale/iraţionale nu înseamnă automat apariţia cogniţiilor funcţionale/raţionale (scoruri mici la disfuncţionalitate/iraţionalitate nu înseamnă neapărat scoruri mari la funcţionalitate/raţionalitate); cele două sunt procese separate care trebuie promovate în intervenţia clinică! Toate acestea sunt teme de cercetare actuale în terapia cognitiv-comportamentală.

Pornind de la aceste consideraţii, se pune următoarea întrebare: care este secvenţa terapeutică indicată în schimbarea cogniţiilor? Unii autori (Albert Ellis) sugerează să se abordeze mai întâi gândurile automate în forma evaluărilor locale şi apoi evaluările generale; făcând acest lucru, descrierile şi inferenţele locale şi generale care au fost susţinute de ele fie se vor remite, fie, dacă au dobândit autonomie funcţională faţă de evaluările care le-au generat, nu vor mai afecta răspunsurile subiectului prin producerea de emoţii disfuncţionale; de exemplu, inferenţa disfuncţională „Soţia nu mă iubeşte” nu mai este evaluată iraţional „Soţia trebuie să mă iubească, altfel este catastrofal”, ci raţional – „Mi-aş dori să mă iubească, dar pot tolera faptul că nu o face” –, ducând astfel la o emoţie funcţională şi negativă (tristeţe), nu la o emoţie disfuncţională şi negativă (trăire depresivă). În cazul în care inferenţa are autonomie funcţională, ea poate fi,

eventual, restructurată ulterior, transformând o emoţie funcţională şi negativă (tristeţea că „Soţia nu mă iubeşte aşa cum mi-aş dori") într-o emoţie pozitivă funcţională (mulţumirea că „Soţia mă iubeşte aşa cum îmi doresc"); dar să ne reamintim că uneori inferenţa este adevărată (soţia chiar nu-l mai iubeşte), aşa că cel mai bun lucru pe care îl putem obţine este o emoţie funcţională şi negativă, care permite apariţia unor emoţii pozitive în alte situaţii şi ce poate fi chiar ea modulată prin modificarea cogniţiei raţionale care o susţine. Ulterior se abordează aceleaşi structuri evaluative, dar la nivel general (de exemplu, „Soţiile trebuie să-şi iubească soţii"). Ordinea schimbării este aşadar: „cogniţii calde" şi apoi, dacă mai este cazul, „cogniţii reci". Această strategie de a merge direct la cauzele proximale scurtează mult tratamentul, dar este foarte pretenţioasă şi necesită un terapeut foarte bun, deoarece schimbarea cogniţiilor evaluative, mai puternic încărcate afectiv, este greu de realizat.

Alţi autori (Aaron Beck) sugerează să se abordeze iniţial gândurile automate (în forma descrierilor, inferenţelor şi apoi a evaluărilor locale), urmând ca, ulterior, să se modifice cogniţiile centrale, intermediare şi evaluative generale. Ordinea de schimbare este, în cadrul fiecărei etape: „cogniţii reci" şi apoi „cogniţii calde". Această strategie presupune mai mult timp, dar are şanse mai mari de reuşită; riscul ei major este ca, odată ce cogniţiile reci s-au modificat (de exemplu, din „Soţia nu mă iubeşte" în „M-am înşelat – soţia mă iubeşte, dar a fost foarte stresată în ultima perioadă"), pacientul să nu mai stea în terapie pentru a schimba şi evaluările (de exemplu, „Trebuie să fiu iubit de soţie, altfel este catastrofal"), el simţindu-se mai bine, dar rămânând cu vulnerabilitatea cognitivă care poate fi amorsată la un nou eveniment ce îi sugerează că nu este iubit de soţie. Mai mult, uneori s-ar putea ca gândul automat („Soţia nu mă iubeşte") să fie corect, şi atunci s-a pierdut timp, deoarece se va ajunge tot la modificarea cogniţiilor evaluative pentru a remite problema pacientului. Strategia cea mai indicată este ca terapeuţii experimentaţi să înceapă cu ordinea sugerată de Albert Ellis, iar dacă au dificultăţi, să o schimbe conform strategiei propuse de Aaron Beck. În ceea ce priveşte terapeuţii începători, este bine ca ei să utilizeze, până dobândesc experienţă, strategia sugerată de Aaron Beck.

VI. *Conceptualizarea cognitivă a cazului.* Aşa cum am mai spus şi cum a reieşit din analizele efectuate, abordarea cognitiv-comportamentală se caracterizează prin conceptualizarea cognitivă a cazului. Dacă nu există o conceptualizare cognitivă a cazului, atunci, indiferent de tehnicile utilizate, abordarea nu este una cognitiv-comportamentală. Odată făcută conceptualizarea, putem apela la o gamă variată de tehnici eficiente în a modifica prelucrările informaţionale, indiferent de orientarea terapeutică din care provin. De exemplu, analiza viselor (de origine dinamic-psihanalitică) este o tehnică importantă care ne poate ajuta să identificăm prelucrările

informaţionale disfuncţionale şi iraţionale ale pacientului. Aşadar doar imaginaţia, datele ştiinţifice şi deontologia ne limitează în a găsi proceduri prin care să modificăm prelucrările informaţionale implicate în patologie. Este însă important să înţelegem că psihoterapia cognitiv-comportamentală utilizează un bagaj larg de tehnici, de la cele mai directive (logice, empirice, pragmatice) la cele mai puţin directive (umorul, ironia şi autoironia) sau chiar nondirective (metaforice, poveşti, jocuri, tehnici de consiliere pastorală). Este o eroare gravă să se creadă că tehnicile sau forma de terapie se aleg în funcţie de personalitatea psihoterapeutului. Un terapeut eficient trebuie să fie capabil să utilizeze orice tehnică, în funcţie de nevoile pacientului; evident că personalitatea terapeutului colorează tehnicile utilizate, dar acest lucru nu înseamnă că ele sunt selectate în funcţie de personalitatea sa.

2.2.5. Frontiere în abordarea cognitiv-comportamentală a sănătăţii şi bolii

2.2.5.1. Limite ale terapiei cognitiv-comportamentale

Paradigma cognitiv-comportamentală are un serios suport ştiinţific. Există sute de studii (pentru o trecere în revistă, vezi David şi Szentagotai, 2006; David *et al.*, 2005c) care susţin acest model. Aşadar ea constituie prototipul pentru psihoterapia validată ştiinţific. Ca o ironie, limitele ei derivă tocmai din caracterul ştiinţific. Astfel, trebuie spus clar că:

(1) nu cunoaştem mecanismele cognitive implicate în toate tulburările psihice, terapia cognitiv-comportamentală fiind un model ştiinţific care se dezvoltă continuu, prin cercetări. Această situaţie este similară cu situaţia din medicină, unde se fac încă studii pentru a găsi mecanismele etiopatogenetice implicate în diverse boli (de exemplu, în diverse forme de cancer);
(2) uneori, chiar atunci când cunoaştem aceste mecanisme, nu avem tehnici destul de eficiente pentru a le schimba; cercetările aflate în derulare încearcă să elaboreze proceduri moderne şi mai avansate de intervenţie psihoterapeutică. Din nou, această situaţie este similară cu cea din medicină, unde, deşi cunoaştem uneori mecanismele etiopatogenetice implicate în diverse boli, nu avem încă tratamente eficiente pentru a le influenţa;
(3) chiar când avem tehnici eficiente, ele sunt uneori prost aplicate din cauză că nu există încă destui profesionişti bine pregătiţi în domeniu; extinderea programelor de formare este un

element fundamental pentru buna administrare a tratamentelor de tip cognitiv-comportamental. De exemplu, programele de psihiatrie şi de psihologie clinică (vezi APA şi APsyA) din SUA trebuie să includă module de terapie cognitiv-comportamentală pentru a fi acreditate.

2.2.5.2. Mituri referitoare la terapia cognitiv-comportamentală

Există o serie de concepţii eronate asupra acestui model. Uneori, distorsiunile la care a fost supusă terapia cognitiv-comportamentală au fost atât de exagerate, încât sunt caraghioase şi comice, amintind de modul în care Vlad Ţepeş a fost transformat în Dracula. Aceste distorsiuni fie au apărut din ignoranţă, fie au fost promovate intenţionat, pentru a frâna dezvoltarea unui sistem atât de competitiv de psihoterapie, de reprezentanţii unor terapii clasice, dar depăşite sub aspect teoretico-metodologic. De asemenea, ele au fost promovate automat în special de profesioniştii care nu sunt racordaţi la demersul ştiinţific în domeniul clinic. Astfel de concepţii, prin raportare la literatura de specialitate, devin mituri. În continuare, le prezentăm succint pe cele mai importante, pentru a le putea evita.

Mitul 1. Abordarea cognitiv-comportamentală se focalizează pe cogniţii, ignorând trăirea emoţională a subiectului uman. *Fals!* Scopul principal al intervenţiei cognitiv-comportamentale este ameliorarea tabloului clinic al pacientului, în cadrul căruia aspectele afectiv-emoţionale/subiective sunt dominante. Modificarea cogniţiilor este doar un mijloc de a schimba tabloul clinic, nu un scop în sine! Scopul este reducerea distresului, a emoţilor disfuncţionale şi a comportamentelor dezadaptative; în baza datelor existente în literatura de specialitate, acest lucru poate fi şi trebuie făcut prin modificarea factorilor etiopatogenetici cognitivi. Chiar atunci când restructurarea cogniţiilor se face în cazul unor subiecţi care nu prezintă psihopatologie, acesta nu este un scop în sine, ci un mijloc de a preveni patologia (programe de prevenţie primară). Aşadar simpla prezenţă, de exemplu, a unui stil cognitiv disfuncţional/iraţional nu transformă subiectul în pacient; putem spune că el este la risc pentru patologie, lucru care i se poate comunica, dar decizia finală de a participa sau nu la programe de intervenţie îi aparţine, după o informare adecvată.

Mitul 2. Intervenţia cognitiv-comportamentală este un tratament simptomatic, superficial, neajungând în profunzimea funcţionării psihicului uman; în plus, ea vizează mai ales cogniţiile conştiente, ignorând inconştientul. *Fals!* Intervenţia cognitiv-comportamentală este printre puţinele intervenţii etiopatogenetice din psihoterapie. Pornind de la cercetări riguroase de psihologie clinică experimentală, care investighează mecanismele etiopatogenetice implicate în starea de sănătate şi boală, tehnicile utilizate vizează tocmai modificarea acestora. În plus, modificarea este foarte profundă, ajungând la scheme cognitive şi evaluări formate prin interacţiunea dintre

predispoziţiile genetice şi experienţele de viaţă (cu accent neexclusiv asupra primei copilării), componente importante ale personalităţii şi ale stilului de viaţă ale pacientului. De asemenea, prin tehnicile specifice (de exemplu, cele comportamentale), ea abordează cogniţiile inconştiente, considerate mecanisme fundamentale de sanogeneză şi patogeneză (vezi Dowd şi Courchaine, 1996).

Mitul 3. Terapia cognitiv-comportamentală este o formă scurtă de terapie. *Fals!* În funcţie de problema cu care se prezintă pacientul/pacienţii, terapia cognitiv-comportamentală poate să fie scurtă (20 de şedinţe) sau foarte lungă (ani), aplicabilă individual, în grup sau de grup (de exemplu, familie) la un spectru larg de patologie somatică şi psihică (de la sugar la copil şi adolescent). Este drept că, implementând prescripţii cognitiv-comportamentale în forma temelor între şedinţele de psihoterapie, numărul şedinţelor se poate reduce; aceasta se întâmplă însă în condiţiile în care eficienţa rămâne aceeaşi sau chiar creşte! Utilizând principiul exprimat în „Briciul lui Ockham" (William Ockham, 1285-1347) – ce este în plus şi nu este de folos trebuie eliminat –, în anumite situaţii terapia cognitiv-comportamentală este mai scurtă ca alte psihoterapii, renunţând la şedinţele care nu aduc un progres terapeutic, dar în aceleaşi condiţii de eficienţă crescută!

Mitul 4. Dacă utilizezi tehnici cognitiv-comportamentale înseamnă că faci terapie cognitiv-comportamentală; terapia cognitiv-comportamentală este o colecţie de tehnici. *Fals!* Terapia cognitiv-comportamentală nu se caracterizează prin tehnicile utilizate, ci prin conceptualizarea cognitivă a cazului (angajamentul teoretic). Simpla utilizare a unor proceduri cognitiv-comportamentale, fără o conceptualizare cognitivă, nu este terapie cognitiv-comportamentală. Invers, odată făcută o conceptualizare cognitivă, numai imaginaţia, datele ştiinţifice şi deontologia ne limitează în a utiliza procedurile de intervenţie (de exemplu, se pot include tehnici psihanalitice de analiză a visului). Din cauza acestei erori, prin faptul că nu acordă atenţie conceptualizării cognitive, numeroşi autodidacţi nu obţin eficienţa arătată în literatura de specialitate. De exemplu, mulţi angajează rezolvarea problemei practice fără a rezolva mai întâi problema emoţională; aceasta duce la *feeling better*, şi nu la *getting better*, apărând adesea recăderile şi/sau o reducere marginală a tabloului clinic. Observând sute de terapeuţi, pot spune că dintre cei care declară că practică terapie cognitiv-comportamentală doar un procent redus o practică adecvat şi cu eficienţă; iată de ce rolul programelor de formare organizate riguros este fundamental!

Mitul 5. Abordarea cognitivă ignoră faptul că, uneori, emoţiile apar înaintea cogniţiilor şi, prin urmare, că teza conform căreia emoţiile sunt postcognitve este falsă. *Fals!* Abordarea cognitivă înţelege prin teza că emoţiile sunt postcognitive faptul că orice emoţie presupune, pentru apariţia ei, un element cognitiv, computaţional (B1). Evident, aşa cum a rezultat din ceea ce am prezentat, odată apărută, ea poate avea valoare de eveniment activator (A) asupra căruia se exercită o prelucrare informaţională (B2); în acest sens, ea este precognitivă faţă de (B2), dar postcognitivă faţă de

elementul computaţional care a generat-o (B1). Or, pentru schimbarea ei, ceea ce contează este cogniţia generativă, care, odată modificată, duce la schimbarea emoţiei!

Mitul 6. Terapia cognitiv-comportamentală urmăreşte să neutralizeze emoţional pacienţii. *Fals!* În filmele science-fiction există o specie numită „vulcanieni"; probabil că cel mai cunoscut personaj „vulcanian" este Spock, din filmul *Star Trek*. Aceştia urmăreau să-şi elimine complet emoţiile, pentru a avea un comportament exclusiv logic. Oamenii nu sunt vulcanieni! În terapia cognitiv-comportamentală nu urmărim să neutralizăm emoţional pacienţii, ci să-i normalizăm emoţional. În situaţii de viaţă negative (cum ar fi moartea cuiva apropiat), cei mai mulţi dintre noi reacţionează prin emoţii negative, dintre care unele sunt patologice (de exemplu, depresia), iar altele sunt nepatologice (de exemplu, tristeţea). Scopul nostru nu este să-l facem pe pacient areactiv (neutru afectiv) sau să se simtă bine! Aşa ceva nu se înscrie în conceptul de normalitate. Dacă reacţia sa este de tip patologic, urmărim transformarea ei în una nepatologică. Dacă reacţia sa este nepatologică, atunci ea (1) nu face obiectul intervenţiei terapeutice sau (2) face obiectul unei intervenţii de tip suportiv, pentru a-i reduce, dacă este posibil, intensitatea (de exemplu, să fie mai puţin trist, dar fără a ne propune să eliminăm tristeţea, care este normală o perioadă).

Mitul 7. Abordarea cognitiv-comportamentală este prea tehnicizată şi directivă, ea nefiind potrivită pentru anumiţi pacienţi şi anumite forme de patologie. *Fals!* Însăşi formularea arată naivitatea şi lipsa de profesionalism a celor care au astfel de credinţe. Datorită gamei largi de tehnici, ea poate acoperi întregul spectru de patologie. De exemplu, debilitatea mentală şi tulburările psihotice pot răspunde bine dacă nu la tehnici cognitive, atunci la tehnici comportamentale. Tulburările de tip „nevrotic" pot fi abordate prin tehnici cognitive, iar în funcţie de sofisticarea pacientului se pot utiliza tehnici mai simple (cum ar fi restructurarea cognitivă pragmatică) sau mai complexe (de exemplu, restructurarea cognitivă logică, metaforică). Abordarea cognitiv-comportamentală, ca orice altă formă de psihoterapie, are o componentă ştiinţifică (limbaj, teorii, proceduri) şi una de interfaţă (traducerea clinică a limbajului, teoriei şi procedurilor în cazul pacientului-ţintă). Simpla citire a unor cărţi care descriu terapia cognitiv-comportamentală (componentă ştiinţifică), fără o formare profesională în domeniu (care asigură şi componenta de interfaţă), duce la un astfel de mit. Abordarea cognitiv-comportamentală este o abordare integrativă, cu un spectru larg de tehnici şi proceduri validate ştiinţific, selectarea acestora într-un caz-ţintă făcându-se în funcţie de pacient şi de problemele pe care acesta le are.

◊ EXEMPLU

În cazul unui stres posttraumatic apărut după un viol, un autodidact în terapia cognitiv-comportamentală ar putea încerca să restructureze direct cogniţiile iraţionale de genul „…nu meritam asta, nu trebuia să se întâmple…" (gândire absolutistă) sau „… este groaznic ce mi s-a întâmplat…" (catastrofare), care sunt, într-adevăr, mecanismele etiopatogenetice ale tulburării. Încercând să-i arate pacientului direct eroarea în gândire, el ar putea întreba: „Unde scrie că nu trebuia să se întâmple?" sau „Pe ce te bazezi

când spui că a fost groaznic?”. Această strategie, corectă teoretic, este greşită sub aspect clinic. Într-un astfel de caz, o abordare cognitiv-comportamentală adecvată ar încerca, pe fondul unei relaţii terapeutice bune, să restructureze indirect, prin modelare, cogniţiile iraţionale ale pacientului. De exemplu, terapeutul ar putea spune: „…înţeleg că a fost teribil de rău…” (varianta raţională a catastrofării) sau „…cred că ţi-ai fi dorit foarte mult să nu se întâmple asta…” (varianta raţională a gândirii absolutiste).

Mitul 8. Terapia cognitiv-comportamentală este prea directivă. *Fals!* Este adevărat că în paleta de proceduri, spre deosebire de majoritatea psihoterapiilor, terapia cognitiv-comportamentală acceptă şi proceduri directive. Ea include însă un arsenal amplu de tehnici (de la metaforice la logice) care pot fi aplicate de la nondirectiv (de exemplu, tehnicile metaforice – adesea) la foarte directiv (de exemplu, tehnicile logice – adesea). Tehnicile logice pot fi totuşi aplicate şi nondirectiv, explorator, în manieră socratică (vezi capitolul 7). Stilul mai mult sau mai puţin directiv depinde de problema pacientului, care ghidează tehnica utilizată şi modul de aplicare a acesteia. Acest mit derivă din celebrul caz „Gloria” – o serie de casete video cu scop didactic în care acelaşi caz a fost abordat, alternativ, de Albert Ellis, Fritz Perls (1893-1970) – fondatorul terapiei gestaltiste – şi Carl Rogers (1902-1987) – fondatorul terapiei centrate pe client. Evident că Albert Ellis a avut cea mai directivă intervenţie (prea directivă chiar şi pentru gustul său, a afirmat el mai târziu, pentru a reliefa mai bine această strategie în comparaţie cu Perls şi Rogers). Ellis poate fi creditat cu introducerea în psihoterapie a intervenţiei foarte directive (a nu se confunda însă stilul lui Ellis cu terapia cognitiv-comportamentală şi a nu se considera că stilul său se reduce la tehnici directive!). În plus, trebuie clarificat faptul că a fi foarte directiv nu înseamnă a nu fi empatic şi a certa/a te certa cu pacientul – aşa cum eronat interpretează unii termenul englezesc *disputing* (sau, în formularea lui Ellis, *forcefully disputing*). A fi foarte directiv înseamnă a promova rapid atingerea obiectivelor, într-o manieră empatică, congruentă, colaborativă şi de acceptare necondiţionată a pacientului, înfruntând direct mecanismele defensive ale acestuia, care pot bloca atingerea scopurilor (este un demers similar celui din terapiile dinamice de scurtă durată; vezi Davenloo, 1980; Malan, 1963).

◊ EXEMPLU

Terapeut: Până data viitoare am să te rog să notezi pe o foaie de hârtie trei gânduri disfuncţionale/iraţionale care apar pe parcursul săptămânii, similare celor pe care le-am discutat azi.
Pacient: Nu cred că am să reuşesc. Mă simt fără chef şi incapabil să fac ceva.
Terapeut: Înţeleg că îţi este greu, dar refuz să accept că într-o săptămână nu poţi scrie maximum o jumătate de pagină.
Pacient: Şi dacă într-adevăr nu pot? Ce înseamnă asta?
Terapeut: Bun, văd că iar încerci să problematizezi, deviind de la subiect. Vom vedea dacă poţi sau nu încercând şi vom vedea apoi şi ce înseamnă asta. Aşadar aceasta este tema ta pentru şedinţa următoare. Ne-am înţeles?
Pacient: OK, voi încerca.
Terapeut: Nu ajunge să încerci. Va trebui să vii cu ea făcută ca să avem pe ce să lucrăm.

Sigur, acest lucru a fost greu acceptat, pentru că, în acea perioadă, dominau în psihoterapie abordările nondirective. Dar, aşa cum spunea Ellis, nu trebuie să se înţeleagă că stilul foarte directiv e necesar de fiecare dată: merge bine cu unii pacienţi şi duce la blocaje în cazul altor pacienţi.

◊ EXEMPLU

Aaron Beck povesteşte situaţia în care l-a invitat pe Albert Ellis să facă o demonstraţie la clinica unde lucra şi unde cei mai mulţi colegi erau de orientare dinamic-psihanalitică. Au ales pentru demonstraţie unul dintre cele mai dificile cazuri din clinică (un pacient care venea la tratament de ani de zile). Beck povesteşte că Ellis a început interviul într-o manieră foarte directivă, care a uimit audienţa: „Am simţit că va trebui să stăpânesc o mică răscoală a colegilor mei", a declarat mai târziu Beck. După demonstraţie, conducând pacientul spre salon, Beck l-a întrebat curios: „Cum a fost?". Pacientul i-a răspuns: „De când am venit eu la clinica asta, acesta a fost primul om care m-a înţeles!". Morala este că: (1) uneori stilul foarte directiv e indicat şi este o strategie terapeutică de sine stătătoare; (2) acest stil este unul dintre numeroasele accesibile în terapia cognitiv-comportamentală (de exemplu, se poate opta pentru unul mai puţin directiv până la nondirectiv, prin utilizarea de tehnici metaforice), iar a identifica terapia cognitiv-comportamentală cu una dintre strategiile sale este o eroare; (3) adesea, perspectiva pacientului este diferită de cea a profesioniştilor; într-adevăr, studiile au arătat că stilul directiv în terapie este evaluat adesea de profesionişti ca fiind nonempatic, în timp ce studenţii şi pacienţii îl consideră empatic şi util!

1. În prima ediţie a lucrării, formularea textului sugera că modelul din figura 2.2 a fost elaborat de Albert Ellis şi de Aaron Beck; modelul reprezintă o sinteză personală, pornind de la modelele iniţiale propuse de aceştia, îmbogăţite cu dezvoltări recente din cercetare.
2. În prima ediţie a lucrării, formularea textului sugera că modelul din figura 2.5 a fost elaborat de Dryden (2003); modelul reprezintă o sinteză personală, pornind de la dezvoltări recente din cercetare.

Capitolul 3
Anatomia actului psihoterapeutic

Aşa cum am mai arătat (vezi David, 2003; David 2006a), psihoterapia este intervenţie psihologică în sănătate şi boală. Orice sistem psihoterapeutic are două componente majore. *Prima componentă* este cea teoretică; aceasta angajează mecanismele de sanogeneză şi patogeneză implicate în sănătate şi boală. Din ea este derivată *a doua componentă*, cea procedurală, care oferă pachete de intervenţie psihoterapeutică. Deşi uneori este posibil ca, istoriceşte vorbind, teoria să se dezvolte mai târziu pentru a conceptualiza o procedură de intervenţie descoperită deja întâmplător, funcţia ei în cadrul sistemului terapeutic rămâne aceeaşi. Aşadar este evident faptul că intervenţia psihologică este ghidată de mecanismele presupuse a fi implicate în starea de sănătate şi boală. Prin urmare, în funcţie de aceste mecanisme, avem mai multe orientări (paradigme) psihoterapeutice: (1) abordarea cognitiv-comportamentală, (2) abordarea dinamic-psihanalitică şi (3) abordarea umanist-existenţial-experienţială. În cadrul acestor orientări există diverse şcoli, fiecare cu particularităţi teoretico-procedurale specifice. Se estimează (Bergin şi Garfield, 1994) că există aproximativ 200 de şcoli de psihoterapie şi peste 600 de tehnici de intervenţie.

Indiferent de abordarea psihoterapeutică, anatomia ei reliefează o serie de factori comuni şi nespecifici. Astfel, prima fază a intervenţiei psihoterapeutice presupune *(psiho)diagnosticul şi evaluarea clinică* (evaluarea stării şi a nevoilor clientului în consilierea psihologică). Apoi, pe baza acestor informaţii, se trece la faza de *conceptualizare*, în care se oferă pacientului o explicaţie sau o interpretare pentru tabloul său clinic. Desigur, pacientul are propriul cadru de referinţă şi propria interpretare care poate opune rezistenţă explicaţiei/interpretării oferite de psihoterapeut. De aceea este foarte important ca explicaţia oferită de terapeut să fie acceptată de pacient şi să-i dea acestuia o perspectivă comprehensibilă asupra tabloului clinic şi asupra modalităţii de a-l elimina. Dacă simptomatologia prezentată de subiect este complexă, atunci aceasta este descompusă în probleme specifice care vor fi abordate fiecare în parte prin *intervenţie psihologică*. Toate aceste etape se realizează pe fondul unei *relaţii terapeutice* (de consiliere) adecvate, construită prin mijloace specifice în fiecare abordare psihoterapeutică.

Cercetările asupra eficienţei psihoterapiei efectuate în secolul XX au fost sintetizate şi prezentate recent de Lambert (Lambert *et al.*, 2002, 2003; vezi figura 3.1). Încercând să estimeze contribuţia diverselor componente ale tratamentului psihoterapeutic la eficienţa/eficacitatea acestuia, rezultatele arată următoarea situaţie (vezi figura 3.1):

– *Relaţia psihoterapeutică* contribuie cu aproximativ 30% la eficienţa psihoterapiei. American

Psychological Association/Asociaţia Americană de Psihologie, prin Division of Psychotherapy/Divizia de Psihoterapie, a iniţiat recent un program de cercetare pentru a preciza componentele cele mai importante ale relaţiei terapeutice. Rezultatele acestui program de cercetare sunt prezentate în Anexa 2.

– *Tehnicile de intervenţie psihoterapeutică* contribuie cu 15%.
– *Efectul placebo* contribuie cu 15%; în aceste condiţii, efectul placebo se referă la speranţa că tratamentul urmat va duce la ameliorarea tabloului clinic ca rezultat al unei *conceptualizări clinice eficiente*.
– *Factorul personal* al pacientului, identificat prin *psihodiagnostic şi evaluare clinică*, acoperă 40%. Elementele factorului personal pot fi împărţite în trei categorii. *Prima categorie* include factori psihologici şi de educaţie, precum inteligenţa. *A doua categorie* include factori economici, iar a *treia categorie* se referă la suportul social pe care îl are pacientul. Un terapeut eficient este acela care, prin elementele psihoterapiei, poate mobiliza la maximum aceşti factori personali, o pondere mare în cadrul lor având factorii cognitivi.

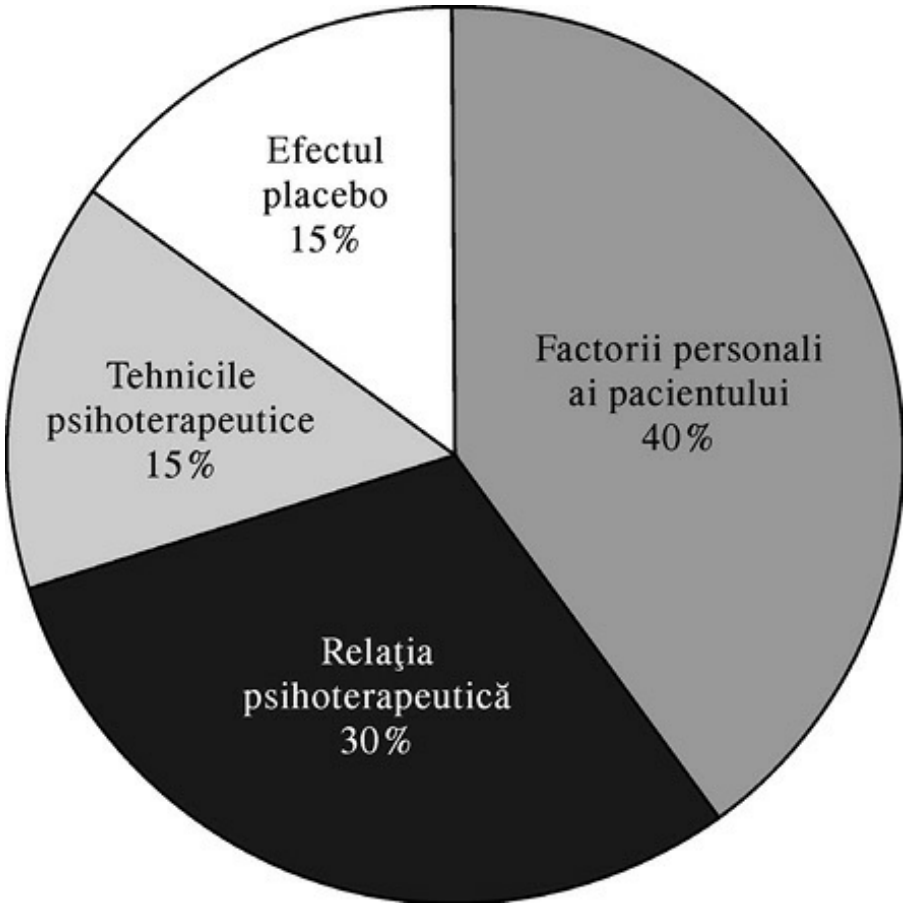


Figura 3.1. *Contribuţia componentelor psihoterapiei la ameliorarea simptomatologiei*

Sigur, aceste rezultate nu trebuie interpretate într-o manieră exagerată. Unii autori ar putea sugera că programele de formare pot ignora componenta de tehnică şi placebo, focalizându-se pe

celelalte două componente, care acoperă 70% din eficienţa tratamentului. În acest context, dorim să menţionăm că, indiferent de ponderea lor, toate componentele sunt necesare, ele potenţându-se şi constrângându-se reciproc. Imaginaţi-vă o intervenţie psihoterapeutică în care nu se utilizează tehnici de intervenţie (de tratament) şi în care nu se dezvoltă speranţa de însănătoşire (efectul placebo) prin conceptualizarea clinică; în aceste condiţii, nu se poate dezvolta nici o relaţie terapeutică adecvată şi nici factorul personal nu poate fi utilizat eficient. În plus, aceste contribuţii procentuale relative sunt doar potenţiale, realizarea lor maximală depinzând de formele specifice pe care le îmbracă factorii comuni nespecifici.

Fiind o formă de psihoterapie, terapia cognitiv-comportamentală are aceeaşi structură anatomică, implicând aceşti factori comuni şi nespecifici; ei sunt comuni şi nespecifici în sensul că apar în toate psihoterapiile, nu în sensul că modul în care se manifestă este similar în toate psihoterapiile! Şi oamenii au aceeaşi structură anatomică, dar acest lucru nu înseamnă că toţi sunt la fel (de exemplu, că au braţe la fel de lungi) şi/sau la fel de performanţi (la fel de rapizi, de exemplu). Faptul că toate formele de psihoterapie au aceeaşi structură anatomică nu înseamnă că ele sunt la fel şi/sau la fel de performante. În funcţie de valorile specifice pe care le iau diferitele componente ale psihoterapiilor, ele se pot diferenţia ca eficienţă/eficacitate (păstrând însă ponderea relativă a acestor componente). Aşadar aceşti factori comuni (mecanisme comune/nespecifice) explică în mare parte un segment comun de eficienţă/eficacitate, caracteristic tuturor psihoterapiilor. Modul specific (mecanisme specifice) în care se exprimă aceste componente comune (de exemplu, tehnicile de intervenţie) face însă diferenţa relativă dintre psihoterapii sub aspectul eficienţei/eficacităţii (vezi capitolul 9). Prin analogie, anatomia umană permite anumite activităţi în care diversele componente (de exemplu, ochii, braţele, picioarele) au contribuţii clare (de exemplu, văzul – 25%) şi asigură o similaritate între performanţele diverşilor actori; dar diferenţele de performanţă între diverşi actori se vor datora unor valori specifice (cât de bine văd, cât de puternic îmi este braţul etc.). În capitolele următoare vom vedea cum se exprimă aceste elemente comune şi valorile lor specifice în terapia cognitiv-comportamentală.

Capitolul 4

Psihodiagnostic şi evaluare clinică cognitiv-comportamentală

4.1. Fundamente

Psihodiagnosticul clinic de tip cognitiv-comportamental este o subcategorie a psihodiagnosticului clinic validat ştiinţifc. Să-l analizăm în continuare (vezi şi David, 2003; David, 2006a, pentru detalii).

Din punct de vedere etimologic, termenul *diagnostic* (gr. *diagnostikos* – capacitate de a distinge; de la *dia* – între; *gnosis* – cunoaştere) denotă o activitate de cunoaştere. Psihodiagnosticul se referă la cunoaşterea factorilor psihologici ai subiectului uman cu relevanţă pentru diverse activităţi. Psihodiagnosticul clinic vizează cunoaşterea factorilor psihologici cu relevanţă pentru sănătate şi boală. Psihodiagnosticul clinic cognitiv-comportamental vizează investigarea factorilor psihologici cu relevanţă pentru intervenţia cognitiv-comportamentală. Cunoaşterea acestor factori psihologici se realizează prin procesul de evaluare (clinică în cazul nostru), în care se utilizează metode diverse, precum testarea psihologică, interviul clinic (liber, semistructurat, structurat) etc.

Modelul de psihodiagnostic şi evaluare clinică prezentat în continuare este un prototip în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale – psihodiagnostic şi evaluare clinică nosologică (gr. *nosos* – rău, boală) –, care se referă la încadrarea tabloului clinic al pacientului într-o anumită categorie de tulburare psihică. Majoritatea formelor de psihoterapie evită utilizarea unui diagnostic nosologic ca ghid pentru intervenţia psihoterapeutică. Ideea este că deseori problemele pacientului nu sunt conceptualizate de aceste forme de psihoterapie ca „boală”, evitându-se utilizarea unui demers medical. Terapia cognitiv-comportamentală îşi asumă demersul nosologic, fără a fi obligatoriu (DSM-IV), pe baza următoarelor motivaţii:

– este un diagnostic validat şi investigat ştiinţific;
– este un diagnostic care a creat un limbaj comun, general acceptat în domeniul psihologic şi medical, ceea ce facilitează inserţia profesionistului în domeniu şi relaţiile cu ceilalţi profesionişti;
– utilizarea lui nu implică necesitatea unui tratament medical, ci, fiind vorba de un diagnostic descriptiv, permite angajarea unor mecanisme etiopatogenetice psihologice, pe baza cărora se

fac apoi intervenţii psihologice.

Pentru un terapeut cognitiv-comportamental este fundamental să evalueze şi aspectele legate de sănătate; ele ne dau indicii legate de componentele pe care trebuie să le dezvoltăm şi/sau pe care le putem utiliza, fie în scopul optimizării personale, fie în scopul tratamentului tulburărilor clinice.

Secvenţele unui proces de psihodiagnostic şi evaluare clinică nosologică sunt următoarele:

– încadrarea tabloului clinic al pacientului într-o anumită categorie nosologică (fazele I şi a II-a se realizează prin interviu clinic şi testare psihologică);
– particularizarea, detalierea şi sintetizarea datelor culese în fazele I şi a II-a pentru a înţelege mai bine dinamica fiecărui individ, dincolo de categoria în care a fost încadrat tabloul său clinic; de asemenea, aici se detaliază diagnosticul nosologic în probleme concrete de viaţă pentru fiecare pacient (faza a III-a se realizează prin interviu clinic şi testare psihologică).

Faza I. Este indicat ca interviul să înceapă cu o discuţie despre situaţii care îl pun pe pacient într-o poziţie confortabilă, de încredere şi siguranţă. Aceasta duce la dezanxietizarea lui şi poate facilita comunicarea dintre pacient şi clinician. În această fază, se înregistrează, de asemenea, numele şi prenumele pacientului, vârsta, cetăţenia, naţionalitatea şi domiciliul, date furnizate de pacient sau aparţinători – în cazul unor tulburări grave sau în cazul copiilor. Se notează şi motivul trimiterii. De exemplu, în cazul unui student la fizică, începem interviul cu discuţii despre premiile luate, proiectele pe care le are, bursele în străinătate primite. Dacă terapeutul dovedeşte cunoştinţe în domeniul de interes al pacientului, acest lucru poate contribui la dezvoltarea pozitivă şi mai rapidă a relaţiei terapeutice. Nu înseamnă că trebuie să fim enciclopedii, ci doar că o eventuală pregătire anterioară – în cazul în care ştim cu cine vom discuta – se poate dovedi utilă. Apoi, treptat, se virează spre obiectul interviului, menţinând un limbaj de interfaţă cu caracteristici diferite de la pacient la pacient.

◊ EXEMPLU

Terapeut: Bun, hai acum să ne întoarcem puţin la problemele noastre. Mai întâi am să te rog să-mi spui ce te deranjează (supără), apoi am să te întreb cum a început. Deci ce probleme (necazuri) sunt? Ce te supără (deranjează)?

În continuare, interviul trebuie să vizeze următoarele aspecte, care aproximează, de fapt, axele (sau categoriile clinice şi de factori clinici, dacă nu există sistemul axial) de diagnostic din DSM-IV:

– descrierea cu acurateţe a tabloului clinic (Axa I – tulburările clinice – şi Axa II – tulburările de personalitate), a debutului şi evoluţiei acestuia: „De când au început problemele? De când ai

observat aceste modificări?" (în cazul în care pacientul are dificultăţi în a-şi reaminti debutul, este ajutat cu amorse: Crăciun, ziua de naştere etc.);

– prezenţa altor boli somatice sau psihice, internări anterioare (Axa III – condiţiile medicale);
– condiţiile socioeconomice, informaţii despre familie, situaţii stresante (Axa IV – stresorii psihosociali);
– o perspectivă generală asupra stării pacientului (Axa V – indicele global de funcţionare).

Această fază se încheie prin realizarea unui diagnostic nosologic ipotetic şi identificarea unor factori ipotetici declanşatori, determinanţi, favorizanţi, predispozanţi şi de menţinere a simptomatologiei. La o analiză atentă a acestui demers se observă că, deşi DSM se doreşte neutru sub aspectul etiopatogenezei, promovează totuşi o etiopatogeneză generală bazată pe modelul stres-vulnerabilitate (vezi şi figura 5.1).

◊ EXEMPLU

Tulburare de adaptare cu elemente depresive (categorie nosologică – Axa I); factori declanşatori: moartea mamei (Axa IV); factori predispozanţi: personalitate sau trăsături de tip dependent (Axa II); factori favorizanţi: stresori anteriori repetaţi; factori de menţinere: condiţiile economice – trăieşte din banii primiţi de la rude.

Faza a II-a. În faza a doua a interviului urmează o investigare detaliată a comportamentului şi funcţiilor psihice; unele (cele identificabile cu ajutorul simţurilor clinicianului şi/sau cu un instrumentar care prelungeşte aceste simţuri – grilă comportamentală) sunt considerate semne ale tabloului clinic, iar altele (mai ales cele identificate prin teste complexe) sunt considerate reacţii ale organismului. Investigarea prin interviu trebuie să fie dublată de o investigare obiectivă, prin teste psihologice, acolo unde acest lucru este posibil. În tabelul 4.1 se prezintă un exemplu schematizat de aspecte prototip în practica clinică, ce trebuie urmărite în cursul interviului, şi testele psihologice aferente utilizate cel mai des (pentru un model detaliat, vezi „Interviul Clinic Structurat pentru DSM-IV"/„Structured Clinical Interview for DSM-IV", First *et al.*, 2002). Anexa 1 prezintă principalele scale clinice utilizate în terapia cognitiv-comportamentală.

În terapia cognitiv-comportamentală este fundamentală utilizarea unor teste psihologice cu caracteristici psihometrice ridicate. Acest lucru duce la o mai riguroasă identificare a problemelor pacientului şi a mecanismelor etiopatogenetice implicate în apariţia lor, cu impact asupra eficienţei intervenţiei psihologice. În acest context, testele proiective pot fi utilizate doar dacă:

– au fost reinterpretate prin prisma teoriilor moderne, validate ştiinţific; de exemplu, prin prisma teoriei învăţării, răspunsurile la planşele Rorschach nu denotă proiecţia unor pulsiuni refulate (a căror existenţă nu a fost niciodată identificată ştiinţific), ci un anumit set mental care

organizează situaţia nestructurată din planşele respective. Este inacceptabil să se utilizeze teste proiective (de exemplu, testul Szondi), ale căror teorii sunt anacronice (cum ar fi teoria pulsională a destinului din testul Szondi), în deciziile care se iau cu privire la sănătatea şi boala unui pacient;

– au fost investigate şi evaluate sub aspectul calităţilor psihometrice;
– se vizează facilitarea interacţiunii cu pacientul, fără a avea însă o valoare epistemică. De exemplu, teste precum cel al copacului, al familiei, Lusher etc. sunt vehicule importante pentru facilitarea interacţiunii cu un copil, fără însă a asuma, în stil astrologic şi horoscopic, faptul că rezultatele testului au valoare epistemică (de exemplu, că ar spune ceva serios şi important despre personalitatea pacientului).

Utilizarea testelor proiective fără a se respecta condiţiile de mai sus este considerată în terapia cognitiv-comportamentală un demers similar celui din astrologie, la limita deontologiei.

Tabelul 4.1. *Componentele psihologice investigate în cursul interviului clinic*

Componenţa psihică investigată	**Interviu**	**Test psihologic**
Factorul perceptiv	Când sunt stresaţi, multor oameni li se întâmplă să vadă lucruri care nu există. Vi s-a întâmplat vreodată aşa ceva?	Bender-Santucci Benton
Atenţie		Toulouse-Pieron Praga
Memorie	Am să vă spun 10 cifre. Vă rog să încercaţi să le memoraţi, deoarece apoi vi se va cere să vi le amintiţi.	Barbizet-Truscelli Ray-figură, complexă Ray-verbal WISC/WAIS (Wechsler)
Gândire şi inteligenţă		Raven, Wechsler, Probele piagetiene Probe de diagnostic formativ
Dispoziţie afectivă	Cum vă simţiţi în general? În ce stare de spirit vă simţiţi acum?	STAI, Chestionarele de depresie şi anxietate Beck etc.
Comportament	Observarea mimicii, gesticii, interacţiunii sociale, posturii, comportamentului motor. Un aspect general neîngrijit, murdar, ne poate duce cu gândul la un diagnostic prezumtiv de alcoolism, schizofrenie, depresie, demenţă, dependenţă de drog. Un aspect general caracterizat printr-o vestimentaţie neasortată şi machiaj ţipător ne poate duce cu gândul la un diagnostic prezumtiv de manie. Nerespectarea uzanţelor sociale sugerează un	Sarcini/analiză comportamentală

	diagnostic de demenţă sau schizofrenie etc.	
Personalitate		Inventarele Millon, MMPI
Depersonalizare, derealizare	Aţi simţit că unele lucruri sunt ireale?	
Obsesii	Există gânduri ce vă vin în minte chiar dacă nu doriţi acest lucru?	
Delir	Cum îşi motivează comportamentele şi simptomele. Novicii au tendinţa de a intra în detaliile delirului, stimulându-l de fapt prin întrebările puse. Nu este necesară o analiză mai detaliată decât analiza necesară schemei de tratament (de exemplu, analiza necesară clasificării delirului şi identificării structurii sale generale: delir de persecuţie, erotic etc.).	
Compulsii	Simţiţi uneori că trebuie neapărat să faceţi anumite lucruri?	
Orientarea	Unde vă aflaţi? Ce zi este astăzi? În ce an suntem?	
Conştiinţa bolii	(a) Cum credeţi că vă văd ceilalţi? Ce credeţi că gândesc ei despre dumneavoastră? (b) Vă consideraţi o persoană sănătoasă, fără probleme? (c) Ce probleme credeţi că aveţi? (d) Consideraţi necesar tratamentul pentru problemele dumneavoastră?	

La sfârşitul acestei faze se clarifică şi se definitivează diagnosticul nosologic prezumtiv şi anumite mecanisme etiopatogenetice generale.

Faza a III-a. În această fază, în cadrul psihodiagnosticului şi evaluării clinice, se poate trece la o investigaţie detaliată care vizează surprinderea structurii şi dinamicii individuale a pacientului, în urma căreia se obţin informaţii suplimentare (faţă de cele obţinute în primele două faze care au contribuit la diagnosticul nosologic), prin reliefarea modului în care categoria nosologică se particularizează la pacientul în cauză. Mai precis, se urmăreşte aici evaluarea psihologică detaliată, prototip în practica clinică, a:

– stării prezente a pacientului şi a modului în care acesta se adaptează la situaţiile concrete;
– problematicii comportamentelor simptomatice;
– controlului şi autocontrolului comportamentului şi emoţiilor;
– situaţiei somatice a pacientului;
– dinamicii şi structurii personalităţii;
– mecanismelor defensive şi de coping, precum şi a conflictelor şi a dinamicii lor;
– comportamentului interpersonal;
– principiilor morale şi atitudinilor sociale;

– identităţii şi a imaginii de sine;
– determinanţilor sociali şi a situaţiilor curente de viaţă;
– problemelor de ecologie socială şi familială etc.

La sfârşitul fazei a treia avem atât o categorie de diagnostic nosologic, cât şi particularizarea acesteia, prin surprinderea dinamicii individuale a pacientului. Aceasta permite formularea unei conceptualizări generale în termenii modelului stres-vulnerabilitate (vezi figura 5.1)

Trecerea de la psihodiagnosticul nosologic la intervenţia psihologică propriu-zisă (de exemplu, consiliere psihologică, psihoterapie etc.) se face prin intermediul unei liste de probleme. Aici ne interesează modul în care categoria nosologică se exprimă în probleme specifice de viaţă pentru fiecare pacient. În acest scop, se face o listă cu probleme concrete de viaţă, unele în termeni emoţionali (de exemplu, starea de panică), altele în termeni comportamentali (de exemplu, nu poate vorbi în public), iar altele în termeni mai generali (de exemplu, probleme la serviciu). Astfel, doi pacienţi cu acelaşi diagnostic nosologic (de exemplu, tulburare depresivă majoră) pot avea probleme de viaţă diferite (de exemplu, în timp ce în cazul unui pacient problemele se reflectă mai ales în relaţiile de la locul de muncă, la celălalt ele se reflectă în relaţiile familiale). Se recomandă ca lista să nu cuprindă mai mult de 8-10 probleme. O listă prea lungă descurajează pacientul şi face dificilă organizarea procesului psihoterapeutic. Dacă numărul de probleme este foarte mare, sugerăm formularea uneia/unora dintre ele în termeni mai generali; oricum, ele vor fi apoi analizate detaliat în cadrul procesului psihoterapeutic prin reformularea lor în cadrul modelului ABC cognitiv şi/sau comportamental. De exemplu, dacă există probleme de comunicare cu soţul, cu copiii şi cu părinţii, nu vom formula trei probleme, ci una: probleme de comunicare cu familia. Demersul psihoterapeutic trebuie început cu o problemă importantă pentru pacient, pe care o analizăm în funcţie de cum a fost definită, prin modelul ABC cognitiv şi/sau comportamental, dar despre care ştim, în baza experienţei şi a literaturii de specialitate, că poate fi rezolvată relativ uşor. Dacă începem cu o problemă periferică (de exemplu, renunţarea la fumat în cazul unui pacient care are atacuri de panică), pacientul poate considera tratamentul neimportant. În cazul în care începem cu o problemă majoră greu de rezolvat, pacientul nu vede eficienţa psihoterapiei; acest lucru este important de ţinut minte dacă luăm în calcul faptul că numărul mediu de şedinţe de psihoterapie în condiţii normale este mai mic de cinci! Aşadar problema cu care începem demersul terapeutic trebuie să fie una importantă şi relativ uşor de ameliorat (de exemplu, atacuri de panică). Negocierea acestui demers, în cazul în care pacientul doreşte un altul (*Atenţie*! Dorinţa pacientului de a începe cu o problemă periferică poate sugera defense şi probleme în relaţia psihoterapeutică.), se face transparent, mizând şi pe autoritatea profesională a psihoterapeutului. Psihoterapeuţii novici au tendinţa să abordeze mai multe probleme simultan. Aceasta este o eroare psihoterapeutică ce

trebuie evitată. Abia după ce am rezolvat sau ameliorat o problemă trecem la următoarea.

Trebuie amintit aici că, uneori, demersul terapeutic cognitiv-comportamental poate începe direct cu stabilirea listei de probleme, mai ales dacă: (1) diagnosticul nosologic nu este cerut în mod formal, (2) ne confruntăm cu o situaţie de criză atunci când trebuie să se intervină rapid pentru rezolvarea unor probleme specifice şi/sau (3) se lucrează pe probleme subclinice sau de autocunoaştere, optimizare şi dezvoltare personală. În acest caz, asupra problemei de viaţă se aplică modelul ABC cognitiv şi/sau modelul ABC comportamental, reliefându-se astfel factorii etiopatogenetici şi deci locurile în care trebuie să intervenim prin strategii cognitiv-comportamentale.

În funcţie de pacient şi de obiectivele terapeutului (câtă informaţie consideră acesta că este relevantă), etapa de psihodiagnostic şi evaluare clinică se poate întinde pe parcursul a 1-2 şedinţe.

Rezumând, psihodiagnosticul şi evaluarea clinică nosologică presupun următoarele componente principale:

– formularea diagnosticului nosologic (DSM) (fazele I şi a II-a);
– detalierea diagnosticului nosologic prin surprinderea dinamicii acestuia în cazul unui pacient-ţintă (faza a III-a);
– operaţionalizarea diagnosticului nosologic în probleme de viaţă specifice pacientului – stabilirea listei de probleme (faza a III-a).

Prezentăm în continuare câteva aspecte importante pentru îmbunătăţirea demersului clinic în ceea ce priveşte diagnosticul şi evaluarea clinică.

I. *Reguli pentru facilitarea diagnosticării şi evaluării clinice*:

(1) alternanţa întrebărilor deschise (mai ales la început) cu întrebări ţintite/închise (mai ales după stabilirea unei comunicări deschise şi fluente);
(2) sensibilitate la perspectiva personală, cognitivă şi lingvistică a pacientului asupra problemelor proprii şi a cadrului său de referinţă;
(3) comunicare nonverbală adecvată;
(4) reflectări empatice frecvente;
(5) atenţie la ceea ce spune pacientul, dar şi la cum se exprimă. Modul în care spune un lucru arată perspectiva lui asupra acestuia (de exemplu, ori de câte ori povesteşte despre soţie apare o undă de nervozitate în comportamentul său, deşi prezintă lucruri pozitive despre ea).

În timpul interviului, pacientul foloseşte propriul limbaj şi propria perspectivă asupra problemelor sale. Noi traducem permanent ceea ce spune pacientul în constructe ştiinţifice (cum ar

fi modelul ABC cognitiv şi/sau comportamental); făcând acest lucru, găsim soluţia pentru problemele sale, soluţie pe care i-o comunicăm apoi într-un limbaj de interfaţă, accesibil pacientului. Facem aşadar distincţia între un limbaj de interfaţă – acceptat de pacient şi care ne ajută să înţelegem pacientul şi perspectiva sa – şi limbajul de specialitate – care ne ajută să înţelegem problema pacientului şi să găsim soluţia adecvată, permiţându-ne apoi să discutăm despre caz cu colegii noştri. Dacă nu avem limbajul de interfaţă, atunci vom avea dificultăţi în derularea terapiei; tot aşa, în familie şi la nivelul simţului comun, astronomul vorbeşte despre răsărit şi apus (deşi, sub aspect ştiinţific, este greşit), nu despre mişcările relative ale Pământului şi Soarelui! Dacă nu avem limbajul şi constructele de specialitate, atunci ne pierdem în confuziile unei psihologii de simţ comun (cum ar fi confuzia între cogniţie şi emoţie, legătura între A şi C etc.), nefiind mai eficienţi decât o bătrână cu o experienţă bogată de viaţă; la fel, dacă un astronom nu ar cunoaşte mişcările relative ale Pământului şi Soarelui, diferenţa dintre el şi un om cu experienţă de viaţă, atunci când abordează problema „răsăritului soarelui”, ar fi minimă! Aşadar, la întrebarea „Putem utiliza termenii de specialitate, precum «cogniţie», «iraţional», «disfuncţional», «dezadaptativ» etc. cu pacientul?”, răspunsul este şi da, şi nu! Dacă pacientul îi acceptă şi înţelege, ei pot fi utilizaţi; dacă nu, pot fi înlocuiţi cu termeni precum „gânduri”, „nefolositor”, „nesănătos”, „negativ” etc., păstrând expresiile ştiinţifice pentru discuţiile cu colegii profesionişti. Aşadar se pot utiliza orice formule verbale care se înscriu în deontologia profesională şi care sunt acceptate de pacient.

II. *Stadiile schimbării*

În timpul interviului trebuie să conştientizăm faptul că pacientul se poate afla în diferite faze de pregătire pentru schimbare (Prochaska *et al.*, 1992): (1) precontemplare – nu are intenţia de a schimba ceva în viitorul apropiat; (2) contemplare – se gândeşte la schimbare, dar nu face nimic pentru ea; (3) pregătire – face primii paşi pentru schimbare; (4) acţiune – face schimbări majore pentru a-şi depăşi problemele; (5) menţinere – desfăşoară activităţi pentru a preveni recăderile/recurenţele şi a consolida câştigurile. Neconştientizarea acestor faze poate duce la rezistenţe serioase ale pacientului în timpul terapiei, cu efect negativ asupra rezultatelor intervenţiei. Elemente din „interviul motivaţional” sunt adesea utilizate în terapia cognitiv-comportamentală cu scopul de a pregăti mai bine pacientul pentru terapie şi a-l motiva pentru schimbare. „Interviul motivaţional” este o strategie terapeutică centrată pe persoană, nonconfruntativă, dar directivă, care vizează creşterea motivaţiei intrinseci pentru schimbare prin explorarea şi rezolvarea ambivalenţei pacientului; strategia a fost descrisă prima dată de Miller (1983) în revista *Behavioral Psychotherapy*.

III. *Evaluarea constantă a pacientului şi a evoluţiei sale*

În terapia cognitiv-comportamentală, evaluarea pacientului şi a evoluţiei sale se face nu doar în această etapă, ci constant, pe parcursul terapiei, la sfârşitul ei şi, uneori, chiar în faza de urmărire a evoluţiei pacientului. Această evaluare se face prin două modalităţi: (1) subiectivă (declaraţiile clientului); (2) obiectivă (înregistrarea datelor comportamentale sau a frecvenţei simptomelor pe parcursul terapiei, utilizând un instrumentar psihologic riguros). Evaluarea de acest tip este importantă din mai multe motive:

(1) în primul rând, ea oferă un feedback pozitiv terapeutului şi pacientului, referitor la intervenţia terapeutică (Este aceasta eficace? O putem stopa? Dacă nu este eficace, ce trebuie făcut? etc.);
(2) în al doilea rând, evaluarea este necesară activităţilor administrative din cadrul în care terapeutul îşi desfăşoară activitatea (de exemplu, statistica intervenţiilor, a reuşitelor şi eşecurilor într-o anumită perioadă de timp în cadrul unui spital);
(3) în al treilea rând, datele culese pot face obiectul unor analize ştiinţifice şi al publicării. Intervenţiile clinice cognitiv-comportamentale sunt conceptualizate în cadrul paradigmei experimentului cu un singur subiect (David, 2006a, 2006b), ceea ce face ca orice intervenţie clinică să fie şi un demers de cercetare ştiinţifică ce contribuie astfel la dezvoltarea teoretico-aplicativă a intervenţiei clinice.

IV. *Tehnici de depăşire şi eliminare a rezistenţelor*

În timpul interviului clinic pot să apară o serie de rezistenţe din partea pacientului şi dificultăţi de comunicare în obţinerea de informaţii relevante pentru tratament. Sursele acestor rezistenţe pot fi diverse:

(1) pacientul este prea grav afectat de boala sa pentru a susţine o comunicare relevantă;
(2) expectanţele sale faţă de terapeut sau terapie sunt nesatisfăcute: terapeut prea tânăr/bătrân, terapeut femeie/bărbat, cabinetul terapeutic sărăcăcios/luxos etc.;
(3) pacientul a fost adus împotriva voinţei lui (de exemplu, ameninţat cu divorţul, cu pierderea pensiei).

În primul caz, se apelează la obţinerea de informaţii de la familie, rude, care trebuie apoi coroborate pentru a avea o perspectivă unitară şi a le verifica reciproc. Această tehnică este utilă chiar în cazul în care pacientul poate fi intervievat, pentru a compara perspectiva lui cu cea a familiei sau a rudelor etc.

În al doilea caz, depăşirea şi eliminarea rezistenţelor se bazează pe următoarea regulă susţinută de studii de psihologie socială (Gilbert *et al.*, 1993): pe măsură ce pacientul împărtăşeşte clinicianului experienţe personale, clinicianul începe să fie perceput mai favorabil de pacient. Aceasta înseamnă că este important ca pacientul să fie stimulat să vorbească, urmând ca atitudinea lui să se modifice pe măsură ce împărtăşeşte terapeutului tot mai multe elemente personale. Este indicată următoarea strategie clinică:

Terapeut: Ce probleme sunt?
Pacient: Uite ce este, nu am ceva personal cu tine, dar cred că eşti prea tânăr ca să mă înţelegi şi să mă ajuţi.
Terapeut: Din cele ce îmi spuneţi înţeleg că sunteţi dezamăgit să întâlniţi un terapeut prea tânăr (reflectare empatică a rezistenţei lui).
Pacient: Da, mă aşteptam la cineva mai matur, la vârstă mă refer.
Terapeut: Cred că aveţi dreptate să gândiţi astfel. Toţi am dori, la necaz, să avem un om matur şi puternic lângă noi care să ne ajute (suntem de acord cu rezistenţa lui).
Pacient: Da.
Terapeut: Am să încerc eu să vă ajut, recomandându-vă unui coleg mai în vârstă în care, probabil, veţi avea mai multă încredere. Dar pentru asta ar trebui să ştiu ce probleme sunt, ca să vă pot recomanda cel mai bun terapeut pentru problemele respective. Deci ce necazuri sunt (oportunitate de dialog)?
Pacient:… (de cele mai multe ori, începe să împărtăşească problemele personale).

În al treilea caz, mecanismul angajat pentru depăşirea şi eliminarea rezistenţelor este de aceeaşi factură:

Terapeut: Ce probleme sunt?
Pacient: Uite ce este, nu sunt nebun. De fapt, nici nu vreau să fiu aici, dar am venit de gura nevesti-mii. Şi nu am nici o problemă!
Terapeut: Înţeleg că trebuie să fiţi extrem de revoltat şi nemulţumit că aţi fost adus aici (reflectare empatică a rezistenţei pacientului).
Pacient: Da.
Terapeut: Probabil că oricine în locul dumneavoastră ar simţi la fel. Cred că şi eu aş fi extrem de revoltat să fiu dus undeva împotriva voinţei mele (suntem de acord cu rezistenţa lui). Dar, oricum, cine v-a adus aici?
Pacient: Nevasta. De o lună mă tot bate la cap să vorbesc cu un psiholog.
Terapeut: De ce credeţi că doreşte acest lucru?
Pacient: Crede că am tot felul de probleme. Dar eu nu am nici una, adică nu mai multe decât orice om.
Terapeut: Totuşi, mi se pare că aveţi o problemă mai ciudată (cu umor): cu soţia dvs., gândiţi cam diferit. Sau mă înşel (oportunitate de dialog)?
Pacient: A, nu, cred că aveţi dreptate. Să vedeţi… (pacientul începe să vorbească despre relaţia cu soţia, de aici rezultând şi presupusele probleme pentru care soţia i-a cerut să meargă la un psiholog).

Aşadar tehnicile pentru depăşirea şi eliminarea rezistenţelor urmează trei paşi principali:

(1) reflectarea empatică a rezistenţei pacientului;
(2) abordarea indirectă a pacientului;
(3) oferirea de întăriri pentru implicarea pacientului în procesul de diagnostic.

Capitolul 5
Conceptualizarea clinică cognitiv-comportamentală

Conceptualizarea (explicarea/interpretarea) tabloului clinic al pacientului este fundamentală în reducerea simptomatologiei şi implementarea tratamentului (pentru detalii, vezi Frank, 1973; de asemenea, vezi David, 2003; David, 2006a; David *et al*., 1998/2000).

5.1. Aspecte generale

Conceptualizarea clinică trebuie să răspundă la trei întrebări: (1) Ce probleme are pacientul (pe baza diagnosticului şi evaluării clinice efectuate)? (2) De ce au apărut aceste probleme (care sunt mecanismele etiopatogenetice specifice şi nespecifice)? (3) Ce trebuie făcut pentru a ameliora aceste probleme (care este schema de tratament propusă)? Pentru situaţia în care obiectivul este promovarea sănătăţii, conceptualizarea trebuie să răspundă la întrebările: (1) Ce obiective avem (pe baza evaluării efectuate)? (2) Cum putem promova aceste obiective (care sunt mecanismele)? (3) Ce trebuie făcut (care sunt procedurile)? Aspectele prezentate în continuare sunt valabile pentru ambele situaţii: de tratament şi de promovare a sănătăţii.

Este important aici să facem distincţia între conceptualizarea clinică profesională (într-un limbaj de specialitate) şi cea de interfaţă (într-un limbaj adaptat înţelegerii). Conceptualizarea clinică profesională asigură comunicarea între profesionişti. Prin conceptualizarea de interfaţă ne asigurăm că pacientul poate răspunde (pe tot parcursul intervenţiei) la cele trei întrebări descrise mai sus, indiferent de nivelul său educaţional. La acest nivel apar frecvent diferenţe între clinicienii experţi şi novici. Novicii vor ignora adesea conceptualizarea de interfaţă, ceea ce va determina o aderenţă scăzută a pacientului la tratament şi o eficienţă slabă a acestuia.

Lipsa unei conceptualizări clinice sau o conceptualizare clinică inadecvată, negativă, poate amplifica sau genera simptomatologia. De exemplu, dacă modificările benigne ale ritmului cardiac, ca urmare a unui efort fizic, sunt interpretate frecvent ca semne ale unui atac de cord iminent sau ale unei boli severe, în timp, unii dintre noi putem dezvolta atacuri de panică sau o nevroză cardiacă.

Caracteristicile esenţiale ale unei conceptualizări clinice eficiente sunt:

– să fie acceptată de pacient;
– să conceptualizeze teoretic problemele pacientului, transformând incomprehensibilul în comprehensibil. Acest lucru este similar cu „principiul lui Rumpelstiţkin”. Probabil că vă amintiţi din poveştile citite în copilărie că Rumpelstiţkin este drăcuşorul rău şi urât care ameninţă fata de împărat că îi va lua copilul în schimbul ajutorului pe care i l-a dat în diverse situaţii; fata de împărat se poate salva doar dacă îi ghiceşte numele. În momentul când i s-a ghicit numele, Rumpelstiţkin şi-a pierdut toată forţa malefică asupra fetei de împărat. La fel, dacă reuşim să numim simptomatologia pacientului, să o încadrăm teoretic, ea devine mai comprehensibilă şi îşi pierde o parte din forţa „malefică”;
– să sugereze existenţa unor tehnici de intervenţie eficiente în reducerea simptomatologiei.

Prin aceste caracteristici, conceptualizarea clinică dobândeşte funcţie placebo – dezvoltă speranţa (aşteptarea şi expectanţa) de însănătoşire –, având efecte terapeutice. Aşa cum se observă, conceptualizarea clinică nu trebuie să fie adevărată pentru a fi utilă; este important ca pacientul să o creadă adevărată. Pacientul are nevoie de o conceptualizare care să-i explice simptomele şi să-i sugereze o schemă de tratament, nu de un adevăr ştiinţific; din acest punct de vedere, conceptualizarea clinică poate fi un mit. Mitul este definit ca o naraţiune tradiţională, emanată de o societate primitivă, în care se imaginează explicarea concretă a fenomenelor şi evenimentelor enigmatice cu caracter fie spaţial, fie temporal, ce s-au petrecut în existenţa psihofizică a omului, în natura înconjurătoare şi în universul vizibil ori nevăzut; aceste evenimente sunt în legătură cu destinul condiţiei cosmice umane, dar omul le atribuie obârşii supranaturale plasate în vremea creaţiei primordiale şi, ca atare, le consideră sacre şi revelate strămoşilor arhetipali ai omenirii de fiinţe supranaturale, în clipele de graţie ale începuturilor (Kernbach, 1978). Adaptând această definiţie la domeniul clinic, mitul este o conceptualizare clinică despre care nu ştim sigur dacă este sau nu adevărată (în baza literaturii de specialitate). Teza „conceptualizarea clinică nu trebuie să fie adevărată pentru a fi utilă în psihoterapie”, deşi greu de înţeles şi de acceptat pentru unii practicieni şi cercetători, este o realitate care se bucură de un enorm suport experimental (pentru detalii, vezi Frank, 1973; Kirsch, 1990). Merită menţionat aici că, în ciuda a ceea ce credea la început Sigmund Freud, nu adevărul îl eliberează pe bolnavul psihic, ci ceea ce el consideră a fi adevărat (mitul)!

Atunci când *conceptualizarea clinică* se dovedeşte a fi *adevărată* – se bazează pe teorii validate ştiinţific –, ea dobândeşte calitatea de *explicaţie clinică*. În terapia cognitiv-comportamentală acest lucru este fundamental, ceea ce o deosebeşte de alte forme de psihoterapie. Altfel spus, se încearcă mereu utilizarea unei conceptualizări care este şi validată ştiinţific. Trebuie înţeles însă că, uneori, mecanismele etiopatogenetice implicate în apariţia tabloului clinic nu sunt

cunoscute; situaţia este similară celei din medicină, unde nu se cunosc încă mecanismele implicate în diverse forme de cancer. În această situaţie, se utilizează mituri terapeutice plauzibile în baza literaturii existente şi a consensului specialiştilor, formulate însă ipotetic (de exemplu, „Este foarte probabil ca…”). Asumarea acestui lucru transformă demersul psihoterapeutic într-o abordare ştiinţifică, serioasă, ce se dezvoltă continuu prin cercetări teoretico-experimentale. Altfel, pare că am descoperit tot ceea ce era de descoperit în psihoterapie şi nu ne mai rămâne decât să închidem uşa cu cheia şi să plecăm! Mesajul este adresat acelor şcoli de terapie care consideră că au deja un model care le ajută să înţeleagă şi să ştie totul.

În terapia cognitiv-comportamentală, pe lângă o conceptualizare generală, focalizată pe categoria nosologică în care se încadrează tabloul clinic global al pacientului, pe parcursul tratamentului se fac conceptualizări specifice pentru problemele de viaţă concrete prin care se exprimă diagnosticul nosologic. Să le analizăm în continuare.

5.2. Modele etiopatogenetice în conceptualizarea specifică

Conceptualizarea clinică specifică în terapia cognitiv-comportamentală se face pentru fiecare problemă care operaţionalizează categoria nosologică. În abordarea cognitiv-comportamentală, conceptualizarea problemelor specifice de pe lista terapeutică se realizează pe baza modelului ABC cognitiv (Beck, 1976; Ellis, 1994) şi/sau ABC comportamental (Skinner, 1953), ambele descrise detaliat anterior. Această conceptualizare duce adesea la reformularea unei probleme de pe lista terapeutică (formulată la interfaţa cu pacientul) în mai multe probleme clinice, care sunt, la rândul lor, analizate prin prisma modelelor ABC cognitiv şi/sau ABC comportamental.

◊ EXEMPLUL 1

Pacientul a fost diagnosticat cu tulburare depresivă majoră (diagnostic nosologic). Una dintre problemele specifice de pe lista terapeutică se referea la starea de panică asociată unui divorţ potenţial. Aplicarea modelului ABC cognitiv la această problemă specifică a scos în evidenţă: (1) o problemă practică (A): dificultăţi de comunicare şi relaţionare în cuplu; (2) două probleme emoţionale, dintre care una primară (panica) (C) şi una secundară (metaemoţie) ce se referă la panica faţă de panică (C2). Analiza problemei emoţionale secundare (metaemoţia) (C2) a reliefat un A2 specific (starea de panică) şi un B2 disfuncţional/iraţional (de exemplu, „Este groaznic, trebuie să mă controlez”). Ulterior, continuând analiza asupra problemei emoţionale primare (C), s-au identificat un A specific (de exemplu, ceartă în seara de Crăciun) şi mecanismele etiopatogenetice cognitive (B): cogniţii iraţionale de genul „Soţia trebuie cu necesitate (gândire absolutistă) să stea lângă mine; dacă mă părăseşte, este groaznic (catastrofare), iar eu sunt fără valoare (autodepreciere)”: A – B – C/A2 – B2 – C2.

◊ EXEMPLUL 2

Pacientul are dificultăţi de vorbire în public şi evită astfel de situaţii. Având pe lista clinică o problemă definită în termenii unui comportament operant, preferăm conceptualizarea acestuia prin prisma modelului ABC comportamental. Aplicarea modelului ABC comportamental a scos în evidenţă: (1) antecedentele (A): (a) situaţiile-stimul (publicul) şi (b) cogniţiile („Trebuie să fiu perfect şi să mă controlez, altfel ceilalţi vor râde de mine; asta este groaznic şi arată că sunt un prost"); (2) comportamentul (B): evitare; (3) consecinţele (C): întărirea negativă (evită o stare de anxietate). O conceptualizare a cazului prin prisma modelului ABC cognitiv ar fi arătat astfel: (1) evenimentul activator (A) (publicul); (2) cogniţiile (B) („Trebuie să fiu perfect, altfel ceilalţi vor râde de mine; asta este groaznic şi arată că sunt un prost"); (3) consecinţele (C) (o stare de anxietate). Starea de anxietate, odată generată, devine un nou eveniment activator (A) care amorsează cogniţiile (B) („Trebuie să mă controlez, altfel ceilalţi vor râde de mine; asta este groaznic şi arată că sunt un prost"), iar acestea produc o consecinţă (C) (comportament de evitare).

Observăm că cele două conceptualizări (ABC cognitiv şi ABC comportamental) sunt echivalente, diferenţa fiind mai mult de limbaj (comportamental *versus* cognitiv) şi preferinţă, justificate clinic, ale terapeutului. În timp ce modelul ABC comportamental reliefează mai clar rolul întăririlor, modelul ABC cognitiv reliefează mai clar şi mai fin rolul cogniţiilor (secvenţierea lor), importante în înţelegerea stărilor afective.

Atât modelul ABC cognitiv, cât şi cel comportamental sunt expresia unor cercetări de laborator la vârf. Aşa cum principiile ingineriei genetice sunt greu asimilabile şi uneori violentează cunoştinţele de simţ comun (cum ar fi cele al specialiştilor care făceau altoiri şi încrucişări pe baza experienţei de simţ comun), şi aceste modele violentează multe cunoştinţe din psihologia de simţ comun. De aceea, traducerea lor într-un limbaj de interfaţă trebuie făcută cu atenţie. Spre exemplu, modelul ABC cognitiv violentează credinţa larg răspândită că evenimentele (A) determină consecinţele (C): „Sunt furios (C) fiindcă nu ai vorbit cu mine (A)". Modelul ABC cognitiv promovează ideea – conceptualizarea cognitivă – potrivit căreia nu evenimentul (A), ci modul în care îl interpretez (B) mă afectează (C): „Sunt furios deoarece am interpretat/evaluat într-un anumit fel faptul că nu ai vorbit cu mine". Ei bine, uneori, traducerea acestui lucru într-o conceptualizare de interfaţă nu este simplă! Tot aşa, modelul ABC comportamental vine în opoziţie cu altă credinţă eronată a simţului comun, aceea potrivit căreia comportamentul este determinat de voinţa noastră: dacă nu faci ceva, este pentru că nu vrei destul de mult! Dar modelul ABC ne-a arătat clar care sunt cauzele comportamentului şi, interesant, voinţa nu era acolo (am scăpat de voinţă, aşa cum chimia a scăpat de flogiston). Traducerea acestui lucru în limbaj de interfaţă nu este uşoară. Menţionând aceste dificultăţi, trebuie să le depăşim. Toate ştiinţele avansate au probleme similare cu simţul comun. De exemplu, fizica are dificultăţi în a-i face pe oameni să înţeleagă că timpul şi spaţiul sunt relative, ingineria genetică, în a-i face să înţeleagă mecanismul clonării (că acesta este o aplicaţie biologică, nu psihologică) etc. Nu înseamnă însă că nu mai facem fizică relativistă sau inginerie genetică. Similar, şi noi continuăm să facem cercetări de terapie cognitiv-comportamentală, dar

suntem atenţi atunci când le aplicăm clinic la cum le putem traduce în limbaj de interfaţă pentru a fi acceptate de pacient; spre deosebire de fizică şi biologie, în psihologie efectul mesajului ştiinţific este uneori mediat de receptarea lui de către subiect. Aceasta face diferenţa dintre un terapeut cognitiv-comportamental foarte bun şi ceilalţi (care ştiu teoretic/procedural ce să facă, dar nu au succes în a aplica clinic ceea ce ştiu). Deoarece modelele ABC cognitiv şi comportamental au fost detaliat descrise anterior, prezentăm în continuare modele etiopatogenetice care ne ajută să elaborăm o conceptualizare generală.

5.3. Modele etiopatogenetice în conceptualizarea generală

Modelele etiopatogenetice cognitiv-comportamentale fac parte din cadrul abordărilor de tip bio-psiho-social, în care se promovează ideea unei etiopatogeneze plurifactoriale, complexe.

5.3.1. Modelul stres-vulnerabilitate

Conceptualizarea generală în terapia cognitiv-comportamentală se face pe baza modelului standard stres-vulnerabilitate (vezi figura 5.1 şi Anexa 2). Altfel spus, anumite evenimente stresante (de exemplu, stresorii psihosociali descrişi de Axa IV din DSM) interacţionează cu o stare de vulnerabilite generală biologică (de exemplu, tulburările medicale descrise de Axa III din DSM) şi/sau psihologică (de exemplu, caracteristicile psihologice şi/sau trăsăturile/tulburările de personalitate de pe Axa II din DSM ori alţi factori psihologici), generând tulburările clinice (de exemplu, tulburările de pe Axa I din DSM); tabloul clinic include şi tulburările de pe Axa II. În acest model, stresorii şi vulnerabilitatea generală se constituie în mecanisme etiopatogenetice specifice. Raportul dintre intensitatea evenimentelor stresante şi vulnerabilitate este diferit în funcţie de tulburări. Astfel, în cazul anumitor tulburări (stres posttraumatic), un stresor foarte intens (viol) poate declanşa tabloul clinic chiar dacă nu există o vulnerabilitate foarte mare. În cazul altor tulburări (tulburare bipolară), o vulnerabilitate accentuată poate contribui la apariţia tabloului clinic chiar în condiţiile în care evenimentul stresant nu este foarte puternic, statistic vorbind (în

funcţie de cum l-ar considera majoritatea oamenilor). Alteori, o combinaţie între un eveniment puternic stresant şi o vulnerabilitate crescută generează tulburări severe (de exemplu, psihoză reactivă). Trebuie să înţelegem aici că stresorul poate fi definit statistic sau personal. Definiţa statistică (ce este stresorul pentru cei mai mulţi oameni – mai ales ca urmare a evoluţiei filogenetice şi ontogenetice) are valori euristice din punct de vedere nomotetic, căci ne sugerează că cei mai mulţi oameni vor reacţiona într-un mod similar odată expuşi la stresor. Stresorii definiţi statistic sunt: (1) foarte puternici (cataclism, arsuri) şi/sau (2) de fond (background – cum ar fi cei care ţin de rutina zilnică, zgomot), care sunt mai puţin intenşi, repetitivi şi/sau cronici. Clinic însă adesea contează nu definiţia statistică, ci modul în care prelucrăm stresorul. La un cataclism, de exemplu, cei mai mulţi oameni reacţionează cu distres, dar unii au o rezilienţă crescută (nu au distres şi/sau se dezvoltă ulterior poststres); sub aspect clinic, este interesant şi util de aflat de ce. Similar, la un stimul care, statistic, nu este stresor (de exemplu, cineva m-a înjurat), unii oamenii reacţionează extrem de puternic, arătând o vulnerabilitate deosebită. Din nou, sub aspect clinic este interesant şi util de aflat care este vulnerabilitatea. Scurt spus, clinic, cu implicaţii pentru tratament, stresorul este cel mai bine definit ca reprezentând interacţiunea (discrepanţa cognitivă) dintre evenimentul activator (stimul) şi sistemul nostru cognitiv, interacţiune care, prin solicitarea pe care o impune, depăşeşte la momentul respectiv resursele organismului; aceasta nu înseamnă că anumiţi stimuli (cum ar fi arsurile severe) nu pot fi stresori indiferent de interacţiunea cu sistemul cognitiv; spunem doar că, în cazul subiectului uman, factorul cognitiv este adesea fundamental în a defini un stimul ca stresor sau nu.

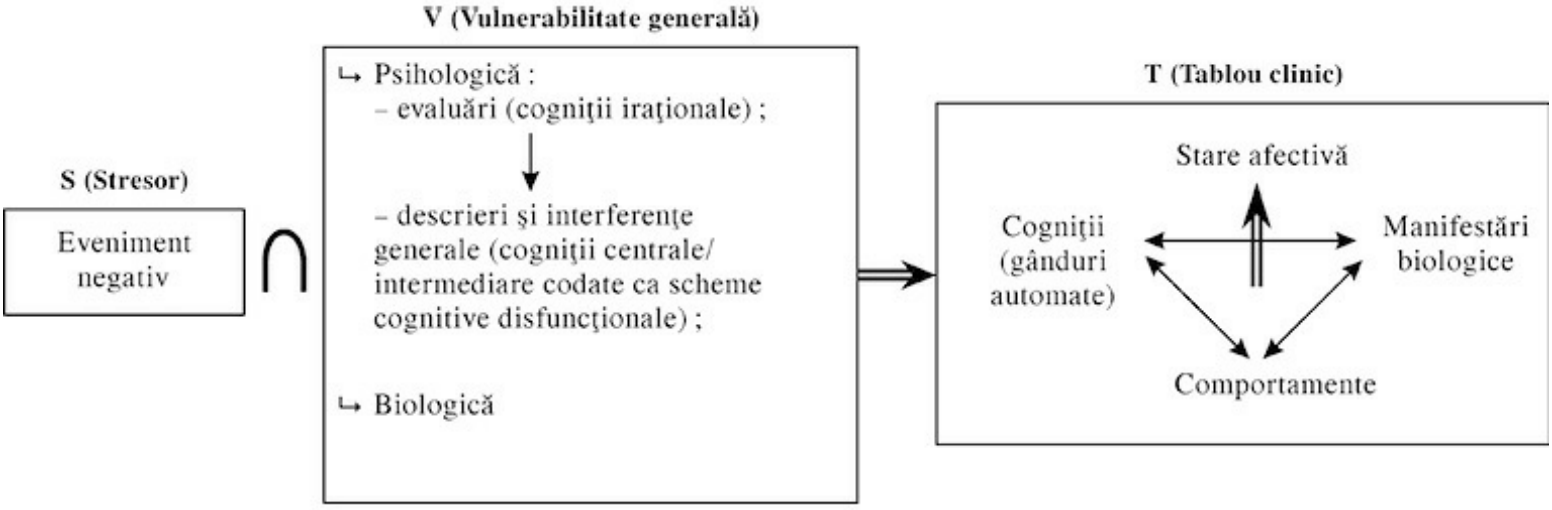


Figura 5.1. *Modelul stres (S) – vulnerabilitate (V)*

În construirea conceptualizării clinice generale se iau în calcul şi următoarele modele etiopatogenetice ce descriu factorii generali despre care se presupune că au o contribuţie majoră la promovarea sănătăţii şi la remiterea tabloului clinic; aceste modele complementare detaliază

modelul stres-vulnerabilitate descris anterior şi/sau îl completează. Să le analizăm succint în continuare.

5.3.2. Modelul factorilor comuni

Aşa cum am arătat, orice demers psihoterapeutic implică nişte factori comuni, nespecifici, despre care se presupune că explică o parte din eficienţa tuturor formelor de psihoterapie (Frank, 1973; Wampold, 2001): (1) psihodiagnosticul şi evaluarea clinică; (2) conceptualizarea clinică; (3) procedurile şi tehnicile de intervenţie psihoterapeutică; (4) relaţia psihoterapeutică. Aceşti factori sunt comuni şi nespecifici, în sensul că se regăsesc în orice demers psihoterapeutic. Evident, aşa cum am spus, ei iau în cadrul fiecărui demers valori specifice. Figura 5.2 prezintă mecanismele specifice şi nespecifice implicate în apariţia tabloului clinic şi apoi în menţinerea sa; aceste mecanisme explică acţiunea factorilor comuni în psihoterapie.

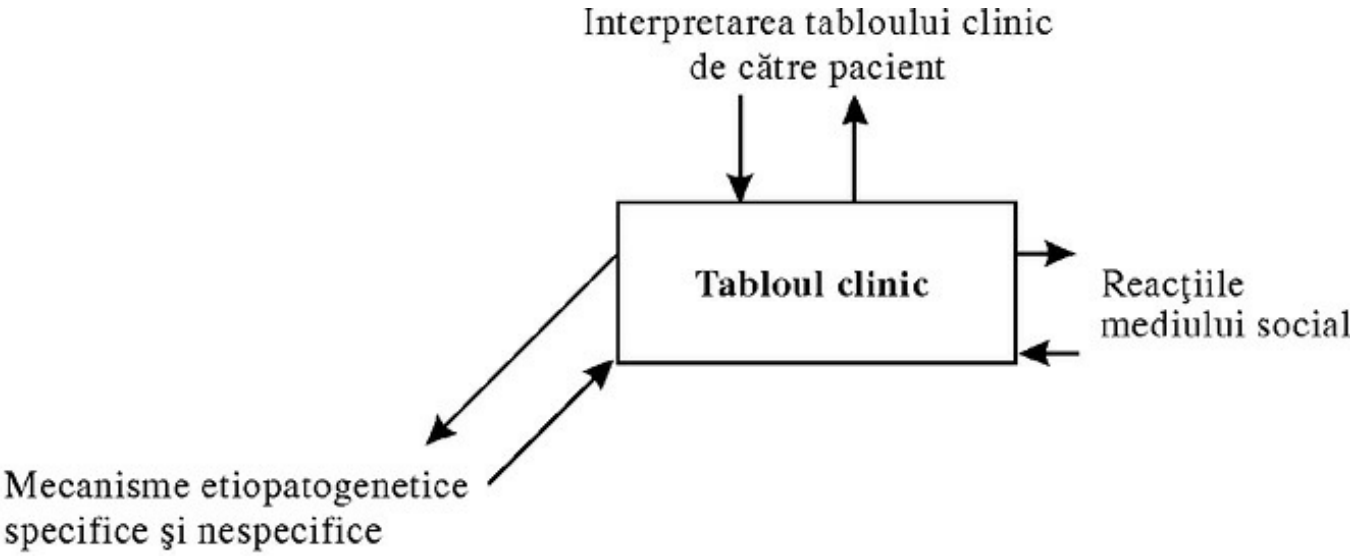


Figura 5.2. *Mecanisme specifice şi nespecifice implicate în etiopatogeneză*

După cum se observă în figura 5.2, odată generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice şi nespecifice (agenţi etiologici: declanşatori, favorizanţi, determinanţi, predispozanţi, de menţinere şi modificări patogenetice: reacţii ale organismului la agenţii etiologici), simptomatologia (tabloul clinic identificat cu ajutorul psihodiagnosticului şi al evaluării clinice) este menţinută şi amplificată de intervenţia unor *factori generali nespecifici*, extrem de complecşi şi greu de controlat. Aşadar factorii generali nespecifici „colorează” în mod similar diversele tablouri clinice specifice. Detalii privind mecanismele etiopatogenetice specifice şi nespecifice implicate în diverse tulburări psihice

pot fi consultate în lucrări de specialitate (Sarason şi Sarason, 1999); modificarea lor se face prin tehnici de intervenţie specifice, în forma tratamentelor etiopatogenetice. În ceea ce priveşte factorii generali nespecifici, ei pot menţine sau amplifica simptomatologia generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice şi nespecifice, fiind influenţabili prin ritualuri terapeutice (vezi capitolul 7).

Astfel, dacă subiectul îşi *interpretează* simptomatologia într-un mod negativ şi dezastruos (vezi figura 5.2), aceasta duce, prin intermediul stresului generat de respectiva interpretare, la amplificarea simptomatologiei. Un pacient care îşi interpretează simptomele ca fiind incontrolabile, de nerezolvat, ca expresii ale unei boli ascunse şi incurabile, ca fiind de neînţeles, ca sfârşit al său ca persoană normală (de exemplu, consideră că este „nebun") şi deci ca sfârşit al carierei, familiei etc., îşi generează stres prin mecanismul discrepanţei cognitive (de exemplu, „Nu doresc să fiu considerat nebun, dar cred că sunt"; „Vreau să înţeleg ce se întâmplă, dar nu pot"). Stresul astfel generat poate amplifica simptomatologia şi/sau anumite reacţii care, în unele cazuri, dacă nu ar fi fost prelucrate de subiect în mod exagerat negativ, nici nu ar fi fost prea intense sau remarcate, dispărând odată cu trecerea timpului (cum ar fi modificările ritmului cardiac ca urmare a unui efort deosebit în cursul zilei). O *conceptualizare clinică* bine implementată aici poate preveni acţiunea acestui factor general nespecific.

Un al doilea factor general nespecific extrem de important, care amplifică simptomatologia prin mecanismul discrepanţei descris mai sus, este reprezentat de *reacţiile mediului social* la simptomatologia sau la performanţele scăzute ale pacientului cauzate de prezenţa tabloului clinic. De exemplu, ca urmare a unor simptome (amnezie, leşin, anxietate), grupul de prieteni şi cunoscuţi începe să îl evite pe pacient, nu îl mai antrenează în activităţi comune etc. În consecinţă, prin mecanismul discrepanţei cognitive (de exemplu, „Vreau să fiu cu ei, dar nu pot, nu mă acceptă, îmi este ruşine"; „Vreau să reuşesc în ceea ce întreprind, dar nu fac faţă sarcinilor"), stresul astfel generat amplifică simptomatologia. Acelaşi lucru se întâmplă în cazul în care performanţele se reduc ca urmare a simptomatologiei. În cazul unor simptome nevrotice, capacitatea de concentrare a pacientului se reduce drastic. În consecinţă, performanţele sale scad, antrenând critici şi observaţii din partea celorlalţi (de exemplu, a şefului). Aceste noi conflicte amplifică şi menţin simptomatologia deja existentă, putând adăuga chiar elemente noi. *Relaţia terapeutică* joacă rolul de tampon, care poate bloca acţiunea acestui factor general nespecific.

5.3.3. Modelul mecanismelor de coping succesiv

Pacientul nu este o piatră inertă. El încearcă să facă faţă simptomatologiei (Lazarus, 1966, 1991), elaborând o serie de mecanisme de coping (vezi figura 5.3). Dacă acestea sunt adaptative (de exemplu, renunţă la unele sarcini, reducând stresul), totul este în regulă, pacientul ameliorându-şi sau rezolvându-şi singur problemele. Dacă apelează la mecanisme de coping dezadaptative, acestea pot să-i menţină, să-i amplifice simptomatologia sau să îi genereze noi simptome (de exemplu, consumul de alcool, ca mecanism de coping, în cazul anxietăţii poate genera probleme noi în familie, la serviciu etc.). Apelul la asistenţa de specialitate trebuie văzut ca un mecanism de coping pe care pacientul îl utilizează pentru a face faţă distresului, adesea unul dintr-o serie anterioară de mecanisme de coping, mai mult sau mai puţin reuşite, care însoţesc simptomatologia. Trebuie înţeles faptul că pacientul apelează la psihoterapie în mod voluntar numai atunci când experienţiază o stare de distres; altfel, dacă reacţia afectiv-emoţională/subiectivă nu este una de distres, în ciuda unor tulburări cognitive sau comportamentale, el intră în procesul psihoterapeutic numai constrâns de o instanţă de judecată sau de grupul social, caz în care demersul terapeutic este foarte dificil şi trebuie acordată o atenţie specială construcţiei şi cultivării unei relaţii terapeutice adecvate (vezi distincţia dintre egodistonic, prima situaţie descrisă mai sus, şi egosintonic, a doua situaţie).

◊ EXEMPLU

A – B (disfuncţional/iraţional) – C (disfuncţional)/A2 – B2 (funcţional/raţional) – C2 (funcţional).
A – B (disfuncţional/iraţional) – C (disfuncţional)/A2 – B2 (disfuncţional/iraţional) – C2 (disfuncţional).

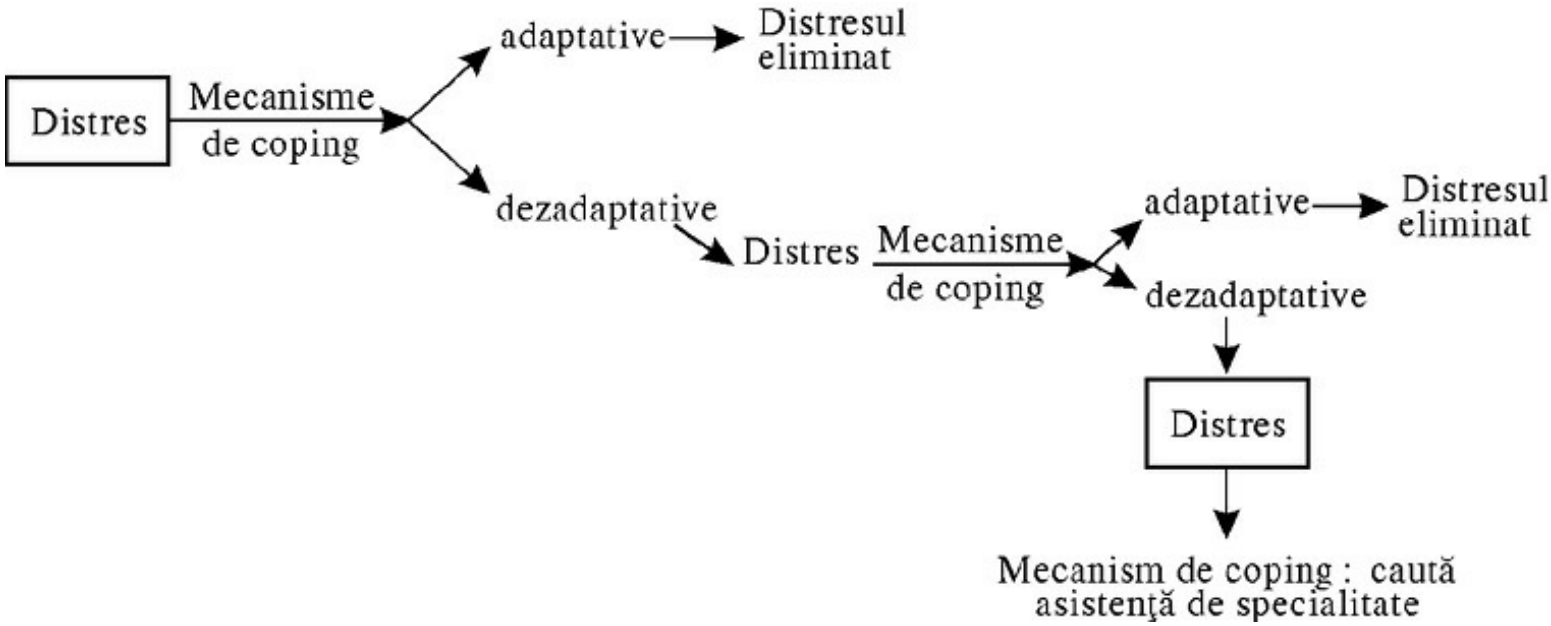


Figura 5.3. *Evoluţia tabloului clinic prin prisma mecanismelor de coping utilizate*

5.3.4. Modelul cvadrinivelar al subiectului uman

Acest model este o dezvoltare a modelului propus de Lang (1968). Se afirma atunci că sistemele de răspunsuri ale subiectului uman fac parte din trei categorii: (1) fiziologică/biologică, (2) comportamentală şi (3) cognitiv-afectivă. Ele sunt mai mult sau mai puţin legate între ele şi interacţionează permanent. Aşa cum am spus, acest model a fost un cadru care a grăbit integrarea terapiei comportamentale cu cea cognitivă. Noi, bazându-ne pe dezvoltările din psihologia cognitivă (Eysenck şi Keanne, 2000), am dezvoltat acest model clasic separând nivelul cognitiv de cel afectiv şi am detaliat interacţiunile dintre aceste sisteme de răspunsuri, rezultând astfel modelul cvadrinivelar, publicat prima dată de David *et al*. (1998). Să-l analizăm mai detaliat.

Atunci când avem de-a face cu un pacient, simptomatologia lui este adesea un amestec eterogen de aspecte afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice, unele având funcţia de cauze ale stărilor afectiv-emoţionale/subiective, iar altele de mecanisme de coping (pentru detalii, vezi figura 5.4 şi David *et al*., 2000). *Nivelul cognitiv* se referă la procesările informaţionale şi la conţinutul acestora. El determină calitatea nivelului afectiv-emoţional/subiectiv. *Nivelul comportamental* se referă la ceea ce în psihologie este denumit *comportament operant*. Comportamentul operant este reprezentat în special de comportamentele motorii învăţate, aflate sub control voluntar. *Nivelul psihofiziologic/biologic* se referă la toate modificările ce au loc în organismul nostru pe plan fiziologic şi anatomic. Modificările la nivelul sistemului nervos vegetativ (de exemplu, activarea fiziologică – dominanţa simpaticului) generează intensitatea stării noastre subiective. *Nivelul afectiv-emoţional/subiectiv* se referă la trăirile subiectului şi la descrierea pe care acesta o face propriei stări afective: pozitivă, negativă sau neutră.

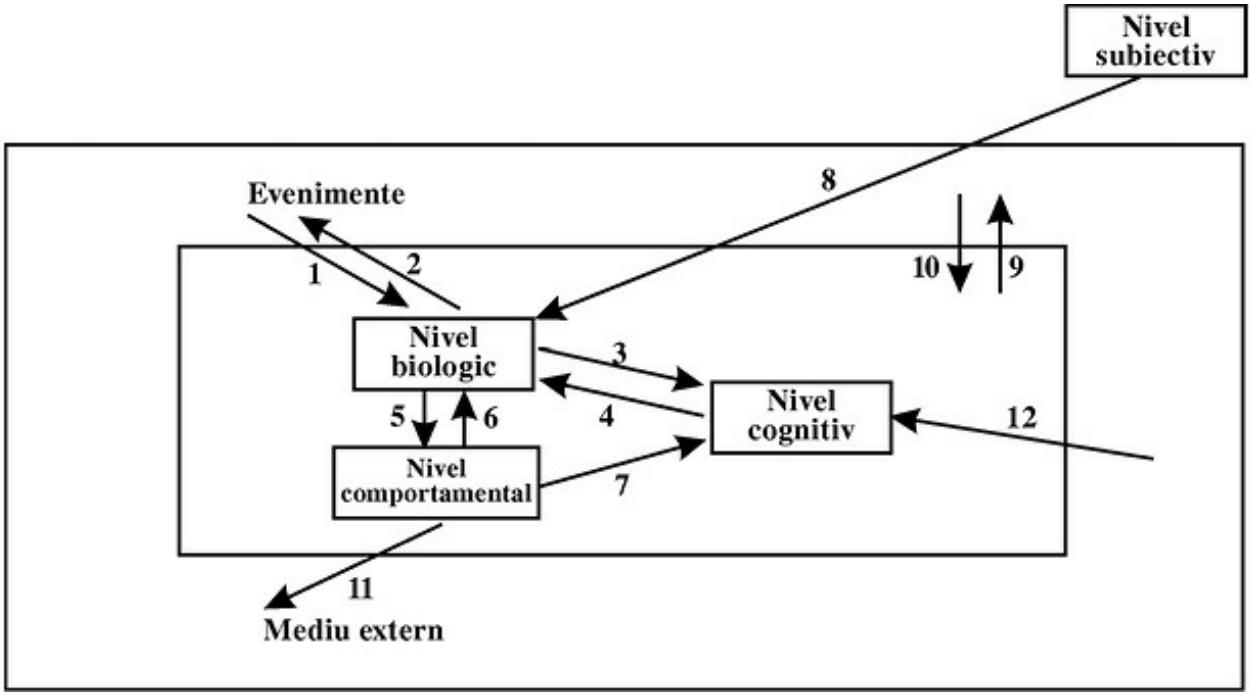


Figura 5.4. *Modelul cvadrinivelar de analiză a subiectului uman (cognitiv, comportamental, psihofiziologic/biologic şi afectiv-emoţional/subiectiv; CCBS)*

Între aceste niveluri există numeroase interacţiuni (vezi figura 5.4). Astfel:

- săgeata 1 se referă la procesările informaţionale ale stimulilor din mediul extern (de exemplu, procesul percepţiei);
- săgeata 2 se referă la faptul că propriile cogniţii influenţează selecţia stimulilor din mediu care urmează a fi procesaţi. De exemplu, în cazul depresiei, stilul cognitiv disfuncţional îl va determina pe subiect să selecteze în special aspectele negative din mediu;
- săgeata 3 se referă la faptul că procesările informaţionale pot influenţa nivelul psihofiziologic/biologic. De exemplu, discrepanţa cognitivă este una dintre cauzele de activare fiziologică;
- săgeata 4 se referă la procesările informaţionale ale stimulilor din mediul intern. În cazul atacului de panică, de exemplu, senzaţiile corporale generează şi amorsează procesările cognitive disfuncţionale ale acestor senzaţii;
- săgeata 5 se referă la faptul că comportamentul nostru este expresia procesărilor informaţionale (de exemplu, achiziţionarea deprinderilor);
- săgeata 6 se referă la procesările informaţionale ale stimulilor interni în timpul unui anumit comportament (de exemplu, achiziţionarea deprinderilor);
- săgeata 7 se referă la faptul că nivelul comportamental poate influenţa nivelul psihofiziologic/biologic (de exemplu, stilul de viaţă);
- săgeata 8 se referă la procesările informaţionale ale stării afectiv-emoţionale/subiective;
- săgeata 9 se referă la faptul că starea noastră afectiv-emoţională/subiectivă este o variabilă

dependentă sau un efect al interacţiunii dintre celelalte trei niveluri: cognitiv, comportamental şi psihofiziologic/biologic (vezi Schachter şi Singer, 1962; Wellman *et al*., 1995);

– săgeata 10 se referă la faptul că starea noastră afectiv-emoţională/biologică, pozitivă sau negativă, antrenează mecanisme de coping la trei niveluri: cognitiv, comportamental şi psihofiziologic/biologic (îl numim psihofiziologic/biologic, şi nu fiziologic/biologic, pentru a reliefa relaţia cu starea afectiv-emoţională/subiectivă). Evident că, aşa cum am mai arătat, mecanismul de coping cognitiv are el însuşi consecinţe comportamentale şi psihofiziologice/biologice; de exemplu, mecanismul de coping cognitiv dezadaptativ „Este groaznic să fii panicat şi nu pot suporta asta" duce la manifestări comportamentale (cum ar fi comportamentul de evitare) şi psihofiziologice/biologice (cum ar fi activarea fiziologică). Dar unele reacţii de coping pot să fie mai puţin mediate cognitiv, mai precis, de cogniţii conştiente şi/sau conştientizabile. Unele pot să fie mediate de computaţii inconştiente sau să nu fie deloc mediate cognitiv; în acest sens, se justifică didactic separarea lor de mecanismele de coping cognitiv. De exemplu, la nivel psihofiziologic/biologic (coping psihofiziologic/biologic), răspunsul de stres (Selye, 1976) include uneori astfel de mecanisme de coping. La nivel comportamental (coping comportamental), operantul prin care evităm o pedeapsă poate, uneori, să nu fie mediat de cogniţii conştiente şi/sau conştientizabile;
– săgeata 11 se referă la influenţa pe care comportamentul nostru o are asupra mediului extern;
– săgeata 12 se referă la faptul că mediul extern poate influenţa mediul intern nu doar prin procesările informaţionale, dar şi prin acţiune directă asupra nivelului biologic (de exemplu, acţiunea virusurilor, bacteriilor, traumatismele fizice).

Prin prisma acestui model (vezi figura 5.4), în psihopatologie sunt importante trei căi etiopatogenetice:

(a) *Calea 1.2.9.* În acest caz, interacţiunea dintre mediul extern şi procesările informaţionale poate determina o stare afectiv-emoţională/subiectivă negativă (de exemplu, o stare de distres). Pentru a modifica starea de distres, trebuie să se modifice:
- mediul extern (de exemplu, prin procedura rezolvării de probleme);
- procesările informaţionale (de exemplu, prin proceduri de restructurare cognitivă);
- nivelul comportamental (de exemplu, prin proceduri comportamentale);
- nivelul biologic/fiziologic (de exemplu, prin farmacoterapie, proceduri de relaxare, hipnoterapie).

Este foarte important ca modificările să se realizeze la toate cele patru niveluri (dacă este posibil). Altfel, intervenţia noastră va fi eficientă doar pentru o scurtă perioadă de timp, din cauza aspectelor rămase nemodificate, care vor funcţiona ca prerechizite pentru o altă stare de

distres, în noi condiţii. Aşa cum am arătat în capitolul 2, ordinea implementării modificărilor la aceste niveluri trebuie stabilită în funcţie de distincţiile: (1) problemă practică *versus* problemă emoţională; (2) problemă emoţională primară *versus* problemă emoţională secundară (metaemoţia); (3) natura problemei pacientului: subclinică *versus* clinică *versus* situaţie de criză.

(b) *Calea 9.10.* În această situaţie, dacă mecanismele de coping sunt dezadaptative, ele pot amplifica starea noastră afectiv-emoţională/subiectivă negativă. În acest caz, este utilă procedura inoculării stresului, deoarece îl învaţă pe pacient mecanisme de coping adaptative pentru a înlătura distresul.

(c) *Calea 8.9.* În acest caz, modul în care pacientul îşi interpretează starea afectiv-emoţională/subiectivă poate influenţa distresul (vezi figura 5.2); această influenţă se referă la situaţia în care starea afectiv-emoţională/subiectivă devine un eveniment activator (A2) amorsând metacogniţii (B2) şi metaconsecinţe (C2) (cum ar fi distresul). De exemplu, dacă pacientul nu îşi înţelege distresul (A2) şi îl consideră un semn al unei boli grave (B2), acest lucru va amplifica starea de distres (C2). Este necesară o intervenţie la nivel cognitiv care să îi ofere pacientului o explicaţie raţională a propriului distres.

5.3.5. Modelul triarhic al dinamicii terapeutice

Uneori, abordarea problemei actuale a pacientului trebuie făcută indirect (vezi şi Goldfried, 1995). Există două situaţii mai frecvente care implică această strategie. Să le analizăm în continuare.

(1) În principiu, terapia cognitiv-comportamentală se focalizează pe „aici şi acum", pe problema actuală a pacientului. Se porneşte de la ideea că, aşa cum în tratamentul medical nu contează de unde am contractat virusul, ci că îl am şi că trebuie neutralizat (cum am contractat virusul este de interes, poate, pentru medicina preventivă), tot aşa în psihoterapie nu contează, în principiu, cum am dezvoltat problema actuală, ci că o am şi că trebuie rezolvată. Evident că mecanismele implicate în problema actuală (mecanismele cognitiv-comportamentale descrise în subcapitolul 2.2) nu au apărut de nicăieri. Ele s-au format în cursul dezvoltătii ontogenetice (cu accent neexclusiv pe prima copilărie şi pe unele predispoziţii genetice). Păstrând analogia cu virusul, nu contează însă cum am ajuns să avem cogniţiile disfuncţionale şi/sau iraţionale; important este că le avem şi că trebuie modificate. Deşi această strategie funcţionează la cei mai mulţi pacienţi, sunt unii care doresc să ştie cum s-a ajuns la modul de gândire disfuncţional/iraţional pe

care îl au. Neînţelegerea acestui lucru se poate transforma uneori într-un blocaj în procesul terapeutic. În acest caz, terapeutul trebuie să fie flexibil, astfel încât să exploreze cu pacientul modul în care a ajuns să dezvolte cogniţiile disfuncţionale şi/sau iraţionale. Înţelegerea acestui proces ajută uneori la schimbarea lor.

(2) Prin modul în care se construieşte relaţia terapeutică cognitiv-comportamentală (vezi capitolul 6) se evită apariţia relaţiilor transferenţiale şi contratransferenţiale puternice, care pot genera probleme în cadrul relaţiei terapeutice. Uneori însă, ele se manifestă intens, afectând relaţia terapeutică. Trebuie spus că blocaje în relaţia terapeutică pot apărea şi fără fenomenele de transfer şi contratransfer (unele probleme se pot manifesta ca urmare a incongruenţei în comunicare).

În aceste cazuri:

- se poate aborda o problemă din trecutul pacientului, pe baza căreia el să înţeleagă cum s-a ajuns la problema actuală. Patternurile de răspuns la problema actuală au fost învăţate de pacient pe parcursul dezvoltării ontogenetice, perioadă în care prima copilărie şi relaţiile cu persoanele semnificative constituie o etapă importantă;
- se poate aborda o problemă din cadrul relaţiei terapeutice, care va fi folosită apoi ca model pentru abordarea şi rezolvarea problemei actuale. Astfel, dacă pe parcursul procesului terapeutic apar probleme între pacient şi terapeut, acestea pot deveni oportunităţi pe care terapeutul le utilizează în procesul terapeutic. Adesea, terapeutul nu are acces direct la problema actuală a pacientului, informaţiile despre ea fiind obţinute din discuţiile cu acesta. Acest acces indirect poate distorsiona uneori ceea ce se întâmplă în situaţia concretă. O problemă în cadrul terapiei „aici şi acum”, odată abordată (pusă explicit pe agenda terapeutică) şi rezolvată, poate ajuta, prin analogie, terapeutul şi pacientul să înţeleagă ce se întâmplă şi cum să abordeze problema actuală;
- mai complex, uneori se abordează o problemă din trecut, care este utilizată pentru modelarea problemei din relaţia terapeutică, iar aceasta din urmă – ca model pentru problema actuală. Acest lucru este necesar atunci când există dificultăţi majore din partea pacientului în a înţelege şi a conceptualiza problemele cu care se confruntă în prezent şi în relaţia cu terapeutul.

Demersul este sintetizat în figura 5.5 (vezi şi modelul lui Malan, 1963, în tradiţia terapiei dinamice de scurtă durată), unde T reprezintă relaţia terapeutică, în cadrul căreia se poate manifesta o problemă; A este cadrul actual din viaţa pacientului, unde se manifestă problema actuală; iar C reprezintă trecutul pacientului (cu accent neexclusiv pe prima copilărie), unde se manifestă o problemă trecută. După cum se observă, în cadrul fiecărei etape, problema este conceptualizată prin prisma modelului ABC cognitiv şi/sau comportamental.

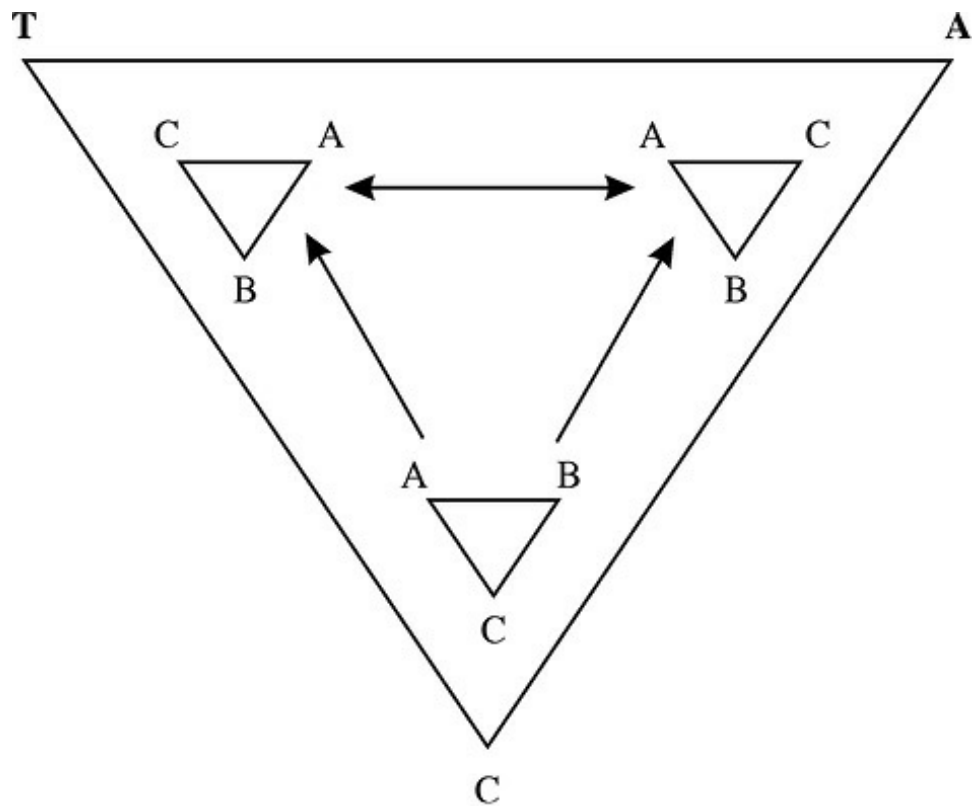


Figura 5.5. *Triunghiul terapeutic – modelul triarhic al relaţiilor dinamice în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale*

5.4. Implicaţii clinice ale conceptualizării specifice şi generale

Aceste modele (vezi figurile 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5) ne ajută să înţelegem de ce abordările dinamic-psihanalitice şi umanist-existenţial-experienţiale, deşi mai puţin validate sub aspect teoretico-experimental, pot avea efect clinic. Mai precis, efectul este justificat adesea de prezenţa acelor factori comuni nespecifici, cu rol terapeutic, comuni tuturor terapiilor, indiferent de şcoală; deşi validitatea formelor specifice pe care le iau aceşti factori comuni este redusă, ceea ce face ca efectul lor să nu fie maximal, simpla lor prezenţă este suficientă pentru a avea un efect clinic nemaximal.

Astfel, terapiile dinamic-psihanalitice pot avea efect clinic deoarece:

– există o etapă de *diagnostic şi evaluare clinică* prin care se definesc problema şi factorii implicaţi, permiţând apoi derularea procesului terapeutic (conceptualizare, tehnici, relaţie);
– *relaţia terapeutică* reduce intensitatea distresului la începutul terapiei şi apoi generează nevroza de transfer, care este contextul pentru modificarea mecanismelor dezadaptative de coping;

– *interpretarea (conceptualizarea clinică)* oferită pacientului influenţează direct calea 8.9 şi îi sugerează necesitatea modificării la nivelul 1.2.9 şi 9.10 (vezi figura 5.4); de exemplu, în lumina interpretării oferite, subiectul înţelege că stilul său cognitiv şi mecanismele sale de coping sunt justificate pentru perioada copilăriei, dar nu sunt justificate pentru perioada de maturitate; ea are funcţie placebo, crescând speranţa de însănătoşire şi reducând interpretările catastrofice ale tabloului clinic;
– se angajează *tehnici de intervenţie – adesea cu rol de ritual* (vezi capitolul 7).

Terapiile umanist-existenţial-experienţiale pot avea efect clinic deoarece:

– există o etapă de *diagnostic şi evaluare clinică* prin care se definesc problema şi factorii implicaţi, permiţând apoi derularea procesului terapeutic (conceptualizare, tehnici, relaţie);
– *relaţia terapeutică* este caracterizată prin empatie, congruenţă, acceptare necondiţionată, astfel încât reduce starea de distres, oferind pacientului posibilitatea de a trăi noi experienţe;
– reducând starea de distres şi amorsând o stare subiectivă pozitivă şi, de asemenea, stimulând pacientul să-şi discrimineze şi să-şi înţeleagă simptomatologia (*conceptualizarea clinică*), sunt influenţate căile 1.2.9, 8.9 şi 9.10 (vezi figura 5.4); conceptualizarea are funcţie placebo, crescând speranţa de însănătoşire;
– se angajează *tehnici de intervenţie – adesea cu rol de ritual* (vezi capitolul 7).

Capitolul 6
Relaţia terapeutică cognitiv-comportamentală

6.1. Aspecte generale

Relaţia terapeutică este în general caracterizată ca o alianţă de lucru şi este descrisă ca o atitudine colaborativă şi de încredere a pacientului faţă de terapeut, determinată de speranţa pacientului că simptomatologia va fi eliminată şi de acceptarea necondiţionată a acestuia de către terapeut. Ea furnizează pacientului o nouă experienţă emoţională şi oportunitatea de a deosebi între trecut şi prezent (Bergin şi Garfield, 1994).

Relaţia terapeutică este strâns legată de conceptualizarea clinică. În abordarea cognitiv-comportamentală, nevoia de raţionalitate face ca terapeutul să adopte o atitudine colaborativă, de adult/model. Relaţia terapeutică cognitiv-comportamentală se caracterizează prin empatie, acceptare necondiţionată a pacientului, congruenţă şi colaborare, factori validaţi ştiinţific (Lambert *et al.*, 2002, 2003; vezi şi Anexa 3). Să analizăm în continuare aceste componente (vezi pentru detalii David, 2003; David, 2006a).

6.2. Empatia

Empatia se referă la faptul că terapeutul înţelege cele comunicate de pacient ca şi cum ar fi în locul acestuia, „ca şi cum ar fi acesta”, fără a se identifica însă cu pacientul. Odată înţelese lucrurile comunicate de pacient, ele trebuie recomunicate acestuia într-o formă empatică. În mod normal, cele comunicate de pacient în cursul terapiei cuprind referiri la situaţii de viaţă sau experienţe interioare ale subiectului şi la reacţiile sale comportamentale şi emoţionale faţă de situaţiile respective. Reflectarea terapeutică empatică lasă să transpară cele comunicate de pacient într-o formă structurată (de exemplu, evenimentul X este asociat cu comportamentul Y şi trăirea subiectivă Z), insistând asupra trăirilor sale emoţionale. De obicei, prototipul reflectării empatice

începe cu: „Din cele ce mi-ai spus înţeleg că…” sau „Din cele ce mi-ai povestit înţeleg că…”, urmând apoi mesajul structurat ca mai sus.

Există numeroase instrumente care pot evalua gradul de empatie al terapeutului. Mai jos este prezentată o astfel de scală ce poate fi utilizată relativ simplu în domeniul clinic. Ea se bazează pe cercetările lui Truax şi Carkhuff (1967). Numărul maxim de puncte este 12. Cu cât scorul este mai mare, cu atât terapeutul prezintă un grad mai mare de empatie.

Scala de empatie

0- 2 puncte:	terapeutul pune întrebări, formulează critici, dă sfaturi.
2- 4 puncte:	terapeutul reflectă aspecte exterioare (evenimente, comportamente) la care pacientul a făcut referire.
4- 6 puncte:	reflectările terapeutului includ şi trăiri ale pacientului, dar de importanţă secundară.
6- 8 puncte:	terapeutul reflectă o parte din trăirile principale ale pacientului (din 3 sau 4 trăiri majore, reflectă una).
8- 10 puncte:	terapeutul a surprins majoritatea sentimentelor exprimate de pacient.
10- 12 puncte:	terapeutul a surprins toate conţinuturile semnificative exprimate de pacient, punându-le uneori într-o formă metaforică ce facilitează relaţia terapeutică.

◊ EXEMPLU

Pacient: Prietena mea este extrem de sensibilă şi neajutorată. Întotdeauna trebuie să o sprijin, să o ajut, chiar dacă, uneori, am eu nevoie de sprijin şi ajutor. Asta mă oboseşte şi mă enervează câteodată atât de tare, încât o urăsc şi aş dori să o văd moartă şi să mă lase în pace.

Reflectările terapeutului:

0-2 puncte:	„Nu e bine să doreşti moartea prietenei tale; cel mai bun lucru ar fi să te odihneşti, eventual să-ţi iei o vacanţă şi să pleci undeva singur. Apoi ar trebui să te aduni mai bine pentru a putea rezolva situaţia”.
2-4 puncte:	„Din cele ce îmi spui, înţeleg că prietena ta are frecvent nevoie de ajutorul tău, ajutor pe care tu i-l oferi întotdeauna”.
4-6 puncte:	„Înţeleg că prietena ta te solicită extrem de mult, iar acest lucru te oboseşte”.
6-8 puncte:	„Înţeleg că prietena ta te solicită extrem de mult, iar acest lucru te oboseşte şi simţi nevoia de puţină linişte”.
8-10 puncte:	„Din ce mi-ai spus am înţeles că prietena ta este foarte neajutorată şi te solicită extrem de mult, iar acest lucru te oboseşte şi te face să simţi nevoia de puţină linişte, la care nu poţi ajunge alături de ea, ceea ce te determină uneori să o urăşti şi să-i doreşti moartea”.

10-12 puncte: „Te simţi ca un sclav suprasolicitat”.	

Comunicarea empatică cu pacientul generează încredere reciprocă, facilitând evoluţia terapiei şi eliminând reticenţele clientului prin oferirea unui cadru interpersonal cald, tolerant, înţelegător.

6.3. Acceptarea necondiţionată

Acceptarea necondiţionată presupune acceptarea pacientului cu toate problemele sale, acceptarea lui ca întreg, ca om, fără ca aceasta să însemne că suntem de acord cu ceea ce face sau gândeşte. Îl acceptăm ca persoană care are nevoie de ajutor, nu pentru a fi de acord cu el. Ca oameni, toţi suntem la fel de buni şi valoroşi; nu există drepturi ale omului suplimentare pentru Einstein în comparaţie cu un nou-născut. Diferenţele sunt de comportament şi performanţă, diferenţe care însă nu incumbă drepturi ale omului suplimentare.

◊ EXEMPLU

Să presupunem că un grup este luat ostatic de terorişti. O persoană din grup trebuie să fie ucisă. Din grup fac parte adulţi, între care se află şi Einstein, şi tu, cititorule, cu copilul tău abia născut. Pe cine dăm pentru a fi ucis? Dacă nu admitem constructul de acceptare necondiţionată aşa cum a fost el explicat mai sus, este clar că trebuie să-ţi dăm copilul; el este cel mai puţin performant şi, ca atare, cel mai puţin important ca om! Este absurd şi, prin urmare, constructul de acceptare necondiţionată trebuie acceptat.

Această idee este în fapt similară cu mesajul Bibliei, de a pedepsi păcatul, dând o şansă păcătosului; astfel, putem să-i acceptăm în terapie şi pe Hitler sau Stalin. Implementarea ei este o formă de cogniţie raţională – acceptarea necondiţionată –, opusă evaluării globale. Văzând că este acceptat necondiţionat, prin procesul de modelare, pacientul începe să se accepte şi el necondiţionat, să fie mai tolerant cu el însuşi, cu simptomele sale, reducându-se astfel gradul de vinovăţie, cu implicaţii pozitive asupra continuării tratamentului şi ameliorării simptomatologiei. În terapia cognitiv-comportamentală, acceptarea necondiţionată nu este prezentată doar prin modelare (sperându-se că pacientul va prelua comportamentul terapeutului), ci şi explicit, ca parte a procesului educativ în care terapeutul îl învaţă pe pacient acceptarea necondiţionată (a lui, a celorlalţi şi a vieţii) şi cum să ajungă să o folosească.

6.4. Congruenţa

Congruenţa se referă la gradul de suprapunere între comportamentul manifest al terapeutului şi comportamentul interior. Orice discrepanţă generează îndoieli şi neîncredere din partea pacientului, cu efecte negative asupra evoluţiei terapiei. Congruenţa presupune conştientizarea de către terapeut a trăirilor emoţionale vizavi de pacient, atât a celor pozitive, cât şi a celor negative, iar apoi comunicarea lor către acesta. Sigur, rămâne la latitudinea terapeutului alegerea momentului comunicării, astfel încât cele comunicate să nu interfereze cu procesul terapeutic. În cazul în care cele comunicate au un conţinut negativ, ele trebuie să fie transmise astfel încât să protejăm sinele pacientului şi să ne focalizăm pe comportamentul său (vezi şi distincţia dintre evaluarea globală *versus* evaluarea contextuală în subcapitolul 2.2). În acest fel dăm credit şi permitem pacientului, neevaluat negativ, să se implice în schimbarea comportamentului. În acest context, introducem conceptele „eu comunicare" *versus* „tu comunicare". „Eu comunicare" se referă la faptul că se insistă pe obiecţii aduse comportamentului pacientului, şi nu lui ca persoană, cu accent pe consecinţele negative ale comportamentului său asupra noastră ca terapeuţi. Apare astfel posibilitatea ca pacientul, necriticat ca persoană, să-şi modifice comportamentul incriminat. De asemenea, se evidenţiază impactul negativ al comportamentului asupra terapeutului şi trăirile pe care acesta le experienţiază, stimulând astfel schimbarea comportamentală în cazul unei relaţii terapeutice adecvate. „Tu comunicare" se referă la faptul că pacientul este criticat pentru comportamentul său global; aceasta sugerează că nimeni nu ar putea să schimbe acest comportament, deoarece chiar cel care îl adoptă este învinovăţit.

◊ EXEMPLU

Pacientul întârzie la şedinţe. Odată ce terapeutul conştientizează faptul că acest lucru îi generează nervozitate, urmează comunicarea:
Tu comunicare: *Terapeut*: Eşti neserios şi împrăştiat. (Prin asta nu îl ajutăm să se schimbe, deoarece, făcându-l neserios, sugerăm că aşa se comportă în general şi deci aşa se va comporta şi în viitor.)
Eu comunicare: *Terapeut*: Faptul că întârzii la şedinţe (focalizarea pe comportament, pe eveniment, îi lasă pacientului posibilitatea de a face schimbarea) mă pune în dilemă (eu, ca terapeut, sunt în dilemă): să amân şedinţele cu ceilalţi pacienţi sau să lucrez mai puţin cu tine? (Prin asta sugerăm că el, ca persoană, poate decide să-şi schimbe comportamentul.)

În acest context, trebuie să menţionăm că autodezvăluirile terapeutului trebuie să se înscrie în cadrul congruenţei. Aşadar ele sunt frecvent utilizate în terapia cognitiv-comportamentală pentru a asigura congruenţa terapeutică; ele nu devin însă obligaţie sau obişnuinţă, căci relaţia nu este între prieteni, ci între un profesionist (terapeut) şi o persoană cu probleme (pacient).

6.5. Colaborarea

Colaborarea se referă la faptul că demersul terapeutic este bine structurat şi se face după o agendă comună, negociată şi convenită cu pacientul, iar pe de altă parte se verifică mereu dacă obiectivele terapeutului şi ale pacientului coincid. Bilanţurile periodice şi feedbackul oferit şi cerut pacientului sunt activităţi frecvente pe parcursul şedinţei terapeutice, care întăresc colaborarea. Acest proces întăreşte constant relaţia terapeutică, menţinând-o la parametrii care asigură eficienţa procesului psihoterapeutic. Atunci când apar probleme în cadrul relaţiei terapeutice, ca urmare a procesului de colaborare, acestea se pun pe agenda terapeutică, fiind abordate imediat şi folosite ca oportunităţi de învăţare ce pot fi transferate asupra problemei actuale a pacientului. Sentimentul pacientului trebuie să fie că el, ca persoană (inteligentă şi capabilă de schimbare), şi terapeutul se află de o parte a baricadei, iar de cealaltă parte se află problemele sale. Dacă sentimentul său este că el şi problemele sale se află de o parte a baricadei, iar de cealaltă parte se află terapeutul, cu o agendă proprie, care încearcă să-l persuadeze într-un fel sau altul, eficienţa intervenţiei va fi drastic redusă.

În acest context trebuie introduse clar două concepte, care adesea se asociază terapiei cognitiv-comportamentale (fără a fi obligatorii): (1) relaţie/stil activ şi (2) relaţie/stil directiv. Astfel, a fi *activ* înseamnă a fi un partener al pacientului care îl stimulează în căutarea de soluţii la problemele sale, nu un personaj în cadrul relaţiei terapeutice care doar supraveghează şi monitorizează eforturile pacientului (dacă şi când apar), pentru a găsi doar el însuşi soluţii la problemele sale. A fi *directiv* înseamnă a propune şi soluţii clinice, ca posibilităţi, fără a le considera obligatorii. A fi activ şi directiv nu înseamnă a fi intruziv, caracterul activ-directiv putând fi implementat într-un mod extrem de empatic.

6.6. Rolul transferului şi contratransferului în terapia cognitiv-comportamentală

Care este rolul transferului şi contratransferului – concepte fundamentale în abordarea dinamic-psihanalitică – în terapia cognitiv-comportamentală? Transferul şi contratransferul sunt fenomene cunoscute încă din tradiţia psihanalitică, care se manifestă în relaţiile interumane, mai ales acolo

unde apare o relaţie de autoritate, de dezechilibru. *Transferul*, în sens larg, se referă la totalitatea trăirilor afective (pozitive sau negative) şi a patternurilor psihocomportamentale pe care le experienţiază pacientul faţă de terapeut în cursul terapiei. În sens restrâns, transferul se referă numai la acele trăiri afective şi patternuri psihocomportamentale pe care le experienţiază pacientul faţă de terapeut şi care reprezintă o repetare a trăirilor afective şi a patternurilor psihocomportamentale pe care pacientul le-a avut faţă de persoane semnificative din trecutul său (mai ales din prima copilărie). Când transferul devine atât de intens încât poate bloca demersul terapeutic, înseamnă că s-a instalat nevroza de transfer, element dezirabil în terapia dinamic-psihanalitică, deoarece, pornind de aici, se va iniţia procesul terapeutic (interpretarea). *Contratransferul* se referă, în sens larg, la totalitatea trăirilor afective şi a patternurilor psihocomportamentale pe care le experienţiază terapeutul faţă de pacient. În sens restrâns, contratransferul se referă numai la acele trăiri afective şi patternuri psihocomportamentale pe care terapeutul le experienţiază faţă de pacient şi care reprezintă o repetare a trăirilor afective şi a patternurilor psihocomportamentale pe care le-a avut faţă de persoane semnificative în cursul istoriei sale de viaţă (cu accent pe prima copilărie); uneori, contratransferul reprezintă o reacţie inconştientă la transferul pacientului. În general, se recomandă ca, pe cât posibil, contratransferul să nu apară, acest lucru fiind realizabil printr-o pregătire prealabilă a terapeuţilor (analiză personală), pregătire în cursul căreia se rezolvă propriile conflicte majore. Cu toate acestea, mai intens sau mai puţin intens, contratransferul se manifestă în cadrul relaţiei transferenţiale. În acest caz, terapeuţii sunt pregătiţi să recunoască manifestările lui şi să le blocheze sau să le utilizeze creativ (de exemplu, amplificând transferul pacientului, pentru a genera nevroza de transfer) în terapie. Semnele cele mai tipice ale contratransferului sunt:

– reacţii emoţionale puternice, pozitive sau negative, faţă de pacient, nejustificate de situaţia terapeutică;
– fantezii sexuale cu pacientul;
– creşterea/scăderea, nejustificată terapeutic, a frecvenţei întâlnirilor etc.

Neconştientizarea contratransferului duce la ceea ce se numeşte (mai ales în tradiţia psihanalitică) „nevroză în doi”. Transferul pacientului stimulează contratransferul, iar contratransferul stimulează transferul pacientului, menţinându-se astfel simptomatologia. Ieşirea din cercul vicios se realizează prin conştientizarea şi spargerea mecanismului fie de către terapeut (cel mai frecvent – datorită pregătirii sale), fie de către pacient (mai rar), stimulând astfel terapia. Odată conştientizate aceste manifestări ale contratransferului, ele (1) vor fi blocate prin autoanaliză sau prin recurgerea la supervizare şi/sau (2) vor fi utilizate creativ. Aşa cum am spus anterior, utilizarea creativă se referă la faptul că ele pot fi folosite la amplificarea transferului pacientului şi

grăbirea instalării nevrozei de transfer, dinamizând astfel demersul terapeutic.

Interpretat prin prisma teoriei cognitiv-comportamentale (vezi şi Dollard şi Miller, 1950), mecanismul determinant al transferului este cel al generalizării stimulului, cunoscut din psihologia behavioristă: un răspuns condiţionat clasic sau operant la un stimul X tinde să se producă şi în prezenţa altor stimuli, XX, asemănători stimulului X. În cazul nostru, răspunsul condiţionat (reacţiile infantile ale pacientului) determinat de stimulul X (o persoană semnificativă din copilărie) se produce şi în cazul stimulului XX (terapeutul), datorită asemănărilor dintre X şi XX.

În abordarea cognitiv-comportamentală, dacă se utilizează cu profesionalism componentele relaţiei terapeutice (empatie, acceptare necondiţionată, congruenţă), fenomenele transferenţiale şi contratransferenţiale nu apar sau apar cu o intensitate care nu afectează demersul terapeutic. Dacă totuşi apar, ele trebuie fie controlate – prin apelul la supervizare, nefiind folosite, ca în demersul dinamic-psihanalitic, ca vehicule principale ale schimbării terapeutice –, fie utilizate ca mijloace de schimbare, fiind însă interpretate prin prisma modelului ABC, după strategia descrisă în cadrul triunghiului terapeutic (vezi figura 5.5).

Capitolul 7

Proceduri şi tehnici de terapie cognitiv-comportamentală

7.1. Fundamente

Tratamentul utilizat, incluzând temele – prescripţiile terapeutice cognitiv-comportamentale dintre şedinţe –, este strâns legat de conceptualizarea clinică şi vizează modificarea elementelor patogenetice sau de sanogeneză.

În cadrul tratamentului trebuie făcută o distincţie clară între tehnici, proceduri şi strategii terapeutice. Procedurile – numite şi pachete de intervenţie terapeutică – sunt o combinaţie de tehnici terapeutice. Mai multe proceduri sunt combinate pentru a genera strategii de tratament specifice pentru probleme specifice. Ghidurile NICE (http://www.nice.org.uk) şi American Psychological Association (http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/index.html) prezintă astfel de strategii terapeutice validate ştiinţific (tratamente), prototipul lor fiind reprezentat de intervenţiile cognitiv-comportamentale. Deşi uneori aceşti termeni se utilizează ca echivalenţi, clarificările de mai sus sunt importante din punct de vedere didactic.

Aşa cum am mai arătat pe parcursul acestei lucrări (vezi şi Frank, 1973), o distincţie importantă în cadrul psihoterapiei validate ştiinţific este aceea între proceduri/tehnici şi ritualuri terapeutice.

Vorbim despre proceduri/tehnici terapeutice atunci când intervenţiile sunt strâns legate de mecanismele etiopatogenetice specifice şi nespecifice şi factorii generali nespecifici (mecanismele etiopatogenetice generale nespecifice; vezi figura 5.2) cuprinşi în conceptualizarea clinică a tulburării pacientului; această funcţie se întăreşte atunci când conceptualizarea clinică este şi explicaţie clinică.

Despre ritual terapeutic vorbim atunci când (1) tehnicile de intervenţie sunt strâns legate de un mit terapeutic şi, în acest caz, au efect de tip placebo – creşterea speranţei de însănătoşire – şi/sau (2) vizează doar mecanismele etiopatogenetice generale nespecifice (vezi figura 5.2). În aceste cazuri, pacientul crede că tratamentul este specific pentru tulburarea de care suferă, deşi tratamentul nu este legat specific de problema sa. De exemplu, utilizarea relaxării pentru o „stare de vinovăţie” nu modifică mecanismele etiopatogenetice specifice şi nespecifice implicate în apariţia acestui tablou clinic (cum ar fi cogniţiile disfuncţionale/iraţionale), ci duce doar la dezvoltarea speranţei

de însănătoşire (efect placebo) şi/sau la întărirea relaţiei terapeutice şi a conceptualizării clinice care blochează astfel mecanismele etiopatogenetice generale nespecifice (vezi figura 5.2).

Relaţia dintre proceduri terapeutice şi ritualuri terapeutice este similară celei dintre medicaţia activă şi placebo (capsulă asemănătoare cu pastila, dar care nu conţine substanţa activă a acesteia). Medicaţia activă, pe lângă efectul placebo (nespecific), are şi efectul specific determinat de substanţa activă specifică din compoziţia sa. Placebo are doar efect placebo (nespecific), determinat de mecanisme nespecifice ca speranţa de însănătoşire.

Ţinând cont că nu cunoaştem mecanismele implicate în toate tulburările psihice şi, în consecinţă, utilizăm frecvent mituri terapeutice în practica clinică, strategiile de intervenţie sunt adesea o combinaţie între proceduri/tehnici şi ritualuri terapeutice. Trebuie, de asemenea, înţeles faptul că, deşi uneori cunoaştem mecanismele etiopatogenetice implicate în apariţia tabloului clinic, nu avem proceduri/tehnici suficient de avansate pentru a le modifica; situaţia este similară celei din medicină, unde, deşi se cunosc mecanismele implicate în diverse forme de cancer, nu există încă medicaţia adecvată pentru a le modifica. Asumarea acestui lucru transformă demersul psihoterapeutic într-o abordare serioasă; altfel, pare că am descoperit tot ceea ce era de descoperit în psihoterapie, iar dacă procesul terapeutic nu are succes, suntem tentaţi să afirmăm că aceasta nu este o limită a tratamentului sau a psihoterapeutului, ci o „rezistenţă" a pacientului!

Procedurile/tehnicile de intervenţie sunt specifice fiecărei modalităţi psihoterapeutice (pentru detalii, vezi David, 2006a, 2006b): (1) dinamic-psihanalitice (de exemplu, asocierile libere, interpretarea viselor etc.); (2) umanist-existenţial-experienţiale (de exemplu, tehnici paradoxale); (3) cognitiv-comportamentale (de exemplu, restructurări cognitive). În practică însă, se poate promova un eclectism metodologic în care se utilizează proceduri/tehnici din diverse forme de psihoterapie, în condiţiile în care avem o conceptualizare clinică riguroasă, sub forma unei explicaţii, şi nu a unui mit, care le poate asimila (vezi discuţiile anterioare asupra reinterpretării unor aspecte psihanalitice – transfer – în cadrul teoretic al terapiei cognitiv-comportamentale).

În principiu, aşa cum rezultă şi din figura 5.4, procedurile/tehnicile de intervenţie terapeutică vizează următoarele niveluri (vezi şi David, 2003; David, 2006a; David *et al.*, 1998/2000): (1) cognitiv (cum ar fi modificarea cogniţiilor disfuncţionale/iraţionale); (2) comportamental (de exemplu, modificarea comportamentelor dezadaptative); (3) psihofiziologic/biologic – modificări biologice prin tehnici de psihoterapie (de exemplu, relaxare) şi medicale. Modificările de la aceste niveluri se exprimă apoi în modificări la nivel afectiv-emoţional/subiectiv. Observăm aşadar că, ştiinţific vorbind, nu putem interveni direct la nivel afectiv-emoţional/subiectiv. Toate procedurile noastre de intervenţie pot viza, separat sau simultan, palierul cognitiv, comportamental şi/sau psihofiziologic/biologic; aşadar ele sunt intervenţii cognitiv-comportamentale (la nivel cognitiv, comportamental şi psihofiziologic) şi/sau medicale (la nivel biologic). Acesta este şi motivul

pentru care terapia cognitiv-comportamentală este considerată o platformă de integrare în psihoterapie. Toate tehnicile psihoterapeutice, indiferent de originea lor, vizează unul sau toate cele trei niveluri. Aşadar, conceptualizate într-o teorie verificată ştiinţific (de exemplu, cea cognitiv-comportamentală), ele devin asimilabile terapiei cognitiv-comportamentale, îndreptându-ne astfel spre o psihoterapie integrativă validată ştiinţific. Efectele modificărilor cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice se exprimă în schimbări la nivel afectiv-emoţional/subiectiv. Să analizăm în continuare principalele proceduri de intervenţie psihoterapeutică, cu accent pe cele care au apărut în tradiţia cognitiv-comportamentală. Atunci când vom prezenta proceduri asimilate din alte tradiţii, vom menţiona explicit acest lucru.

7.2. Proceduri de intervenţie la nivel cognitiv

După cum ştim deja, ca urmare a interacţiunilor dintre sistemul nostru cognitiv şi evenimentele activatoare de tip situaţie externă şi/sau situaţie subiectivă, pot apărea discrepanţe cognitive; rolul lor etiopatogenetic (ca factor declanşator) a fost deja discutat în cadrul modelului ABC cognitiv (vezi şi tabelul 2.4). Eliminarea acestor discrepanţe cognitive se poate face prin modificări la nivelul celor doi factori implicaţi: (1) sistemul cognitiv (B) şi/sau (2) evenimentele activatoare (A). Dacă intervenim la nivel cognitiv (B), atunci utilizăm *proceduri de restructurare cognitivă*. Dacă intervenim la nivelul evenimentului activator (A) de tip situaţie externă, utilizăm *proceduri de rezolvare de probleme şi de antrenament asertiv*.

Uneori, eliminarea factorilor generatori ai discrepanţei cognitive nu este posibilă; de exemplu, moartea unei persoane apropiate (A) poate genera o discrepanţă de genul: „Vreau să trăiască, dar ea este moartă”. În acest caz, evenimentul activator (A) de tip situaţie externă nu poate fi modificat. Dacă este vorba de o cogniţie disfuncţională şi/sau iraţională (B) (de exemplu, „Nu trebuia să moară; nu este drept; este catastrofal!”), atunci discrepanţa se va reduce prin modificarea acesteia în una raţională (de exemplu, „Mi-aş fi dorit să nu moară; este teribil de rău şi îmi va fi greu!”), ducând la emoţii funcţionale şi negative (C) (tristeţea). Uneori însă, fie cogniţia iraţională (B) este atât de puternică încât nu poate fi modificată, fie, deşi iniţial apar o cogniţie raţională şi o emoţie negativă funcţională (C), pacientul utilizează ulterior mecanisme de coping dezadaptativ – de exemplu, catastrofează (B2) – asupra emoţiei funcţionale, care va deveni un eveniment activator de tip situaţie subiectivă (A2), transformând emoţia funcţională şi negativă în una disfuncţională şi

negativă (trăire de tip depresiv) (C2), după modelul de mai jos:

◊ EXEMPLU

A – B (raţional) – C (funcţional)/A2 – B2 (iraţional – mecanism de coping) – C2 (disfuncţional)
A – B (iraţional) – C (disfuncţional)/A2 – B2 (iraţional – mecanism de coping) – C2 (disfuncţional)

În aceste cazuri, pentru a reduce starea de distres (C2 – disfuncţional), se utilizează *proceduri de inoculare a stresului*, prin care se angajează mecanismele de coping: cognitiv (modificarea B2 – C2), comportamental şi/sau psihofiziologic/biologic (acţionează la nivelul A2 sau C2).

Aşadar procedurile de intervenţie la nivel cognitiv se clasifică în trei categorii:

(1) *Proceduri de restructurare cognitivă*. Ele vizează modificarea cogniţiilor disfuncţionale şi iraţionale şi înlocuirea acestora cu cogniţii funcţionale şi raţionale. Altfel spus, procedurile de restructurare cognitivă modifică felul în care subiectul interpretează evenimentul activator, reducând discrepanţa cognitivă şi, în consecinţă, problemele asociate acesteia. Uneori, chiar intensitatea şi/sau natura unor cogniţii formulate raţional (de exemplu, „Îmi doresc foarte mult să mă căsătoresc cu Britney Spears") pot fi modificate dacă acestea generează emoţii negative funcţionale prea intense (de exemplu, tristeţe profundă) sau durabile (de exemplu, tristeţe constantă), care se pot transforma ulterior, devenind un A2 asupra căruia se aplică o cogniţie disfuncţională/iraţională (B2) (de exemplu, „Este groaznic să ai aceste stări emoţionale"), în emoţii negative disfuncţionale (C2) (cum ar fi anxietatea).

◊ EXEMPLU

A – B (funcţional/raţional) – C (funcţional)/A2 – B2 (disfuncţional/iraţional) – C2 (disfuncţional).

(2) *Procedurile de rezolvare de probleme şi de antrenament asertiv*. Ele urmăresc modificarea evenimentelor activatoare de tip situaţie externă generatoare de discrepanţă cognitivă. În acest caz, problema rezidă în faptul că subiectul nu are abilităţile necesare (de exemplu, cele sociale) rezolvării unor situaţii, astfel încât să le adapteze cogniţiilor lui (de exemplu, expectanţelor), aceasta generând o discrepanţă cognitivă între ceea ce aşteaptă persoana şi ceea ce se întâmplă în realitate. Procedurile de rezolvare de probleme şi de antrenament asertiv îl învaţă pe subiect cum să controleze mai bine situaţiile din realitate, atunci când acest lucru este posibil, eliminând discrepanţa cognitivă şi problemele asociate ei.

(3) *Procedura inoculării stresului* (*stress innoculation training – SIT*; după Donald Meichenbaum). În acest caz, discrepanţa cognitivă nu poate fi eliminată nici prin modificarea evenimentului activator de tip situaţie externă, nici prin restructurarea cogniţiilor subiectului cu referire la ea, dar subiectul poate fi învăţat cum să se adapteze situaţiei respective, diminuând

sau chiar eliminând problema psihologică. Acest lucru se realizează, de exemplu, prin eliminarea mecanismelor de coping dezadaptative, care amplifică şi menţin starea de distres, şi asimilarea unor mecanisme de coping adaptative (cognitive, comportamentale, psihofiziologice/biologice) ce reduc distresul.

◊ EXEMPLU

A – B (raţional) – C (funcţional)/A2 – B2 (iraţional-mecanism de coping) – C2 (disfuncţional)
A – B (iraţional) – C (disfuncţional)/A2 – B2 (iraţional – mecanism de coping) – C2 (disfuncţional)

În vederea schimbării mecanismelor de coping utilizăm şi proceduri de restructurare cognitivă, rezolvarea de probleme şi antrenamentul asertiv, dar într-un context diferit. Astfel, restructurarea cognitivă vizează, în acest caz, nu modul în care subiectul interpretează (B) evenimentul activator de tip situaţie externă (A), ci modul eronat în care interpretează (B2 în calitate de coping) evenimentul activator de tip situaţie subiectivă (A2). Similar, procedura rezolvării de probleme şi antrenamentul asertiv vizează în acest context nu modul de control al evenimentelor activatoare de tip situaţie externă (A), ci controlul şi gestionarea evenimentului activator de tip situaţie subiectivă (A2).

În continuare vom realiza o analiză a acestor tehnici (pentru alte detalii, vezi şi Beck, 1976, 1995; Dobson, 2001; Ellis, 1994; Meichenbaum, 1977).

7.2.1. Proceduri de restructurare cognitivă

Eliminăm *discrepanţa cognitivă internă/externă* (dintre reprezentarea evenimentului activator de tip situaţie externă şi/sau subiectivă şi modul în care subiectul se aşteaptă ca ea să arate) fie prin schimbarea felului în care subiectul îşi reprezintă realitatea (cogniţii descriptive şi inferenţiale), fie prin modificarea evaluărilor (cogniţii evaluative) despre cum trebuie ea să arate. Aici sunt relevante strategiile diferite propuse de Aaron Beck (1976) şi Albert Ellis (1962), discutate anterior.

Un alt tip de discrepanţă este cel care apare între cogniţiile noastre, pe de o parte, şi scopurile/dorinţele pe care le avem, pe de altă parte – *discrepanţă cognitivă internă*. În condiţiile în care scopurile/dorinţele noastre sunt în contradicţie unele cu altele (de exemplu, conflictele atracţie-atracţie, atracţie-respingere, respingere-respingere etc.) sau cu cogniţiile noastre exprimate în norme morale şi sociale, ele vor genera o discrepanţă care se rezolvă adesea prin represia

scopurilor/dorinţelor ce o produc. De exemplu, faptul că îmi doresc să fiu iubit de soţia prietenului meu vine în contradicţie cu normele mele morale exprimate în cogniţia: „Nu am relaţii sexuale cu soţiile prietenilor mei”. Scurt spus, conflictul nu apare între modul nostru de gândire şi un eveniment activator, fie el extern (moartea cuiva apropiat) sau subiectiv (o stare de distres), ci în interiorul nostru (scopurile/dorinţele noastre sunt incompatibile unele cu altele sau scopurile/dorinţele noastre sunt incompatibile cu normele pe care le avem). În acest caz, intervenţia terapeutică va consta în identificarea şi modificarea dinamicii acestui conflict, prin identificarea şi modificarea elementelor componente (de exemplu, scopuri/dorinţe reprimate, norme morale şi sociale absolutiste), prin proceduri de restructurare cognitivă.

În concluzie, procedurile de restructurare cognitivă vizează schimbarea structurilor locale şi generale disfuncţionale şi/sau iraţionale, conştiente şi inconştiente. În restructurarea cognitivă parcurgem următoarele etape:

(1) identificarea structurilor cognitive locale disfuncţionale şi/sau iraţionale conştiente (care pot fi verbalizate de subiect, chiar în condiţiile în care iniţial ele funcţionau automat);
(2) modificarea structurilor cognitive locale disfuncţionale şi/sau iraţionale conştiente;
(3) blocarea contaminării psihologice induse de structurile cognitive locale disfuncţionale şi/sau iraţionale şi asimilarea structurilor cognitive locale funcţionale şi/sau raţionale;
(4) identificarea, modificarea şi blocarea structurilor cognitive generale disfuncţionale şi/sau iraţionale conştiente (sau conştientizabile) care generează structurile cognitive locale disfuncţionale şi/sau iraţionale conştiente. Structurile cognitive generale conştiente pot genera atât structuri locale conştiente (de exemplu, concluziile unui raţionamentul deductiv etc.), cât şi inconştiente (de exemplu, verbalizarea cuvântului „medic” amorsează inconştient reprezentarea cuvântului „asistentă”; pentru detalii, vezi David, 2000);
(5) identificarea, modificarea şi blocarea structurilor cognitive disfuncţionale şi/sau iraţionale inconştiente. Structurile cognitive inconştiente pot genera atât structuri cognitive conştiente (cum ar fi generarea expresiilor lingvistice la vârsta de 3 ani, pe baza unor reguli adesea inconştiente), cât şi inconştiente (de exemplu, reprezentarea stimulilor subliminali; pentru detalii, vezi David, 2000).

În funcţie de diagnosticul clinic şi de conceptualizarea cazului, mai precis, de mecanismele cognitive identificate drept cauze ale tabloului clinic, intervenţia cognitivă presupune: (a) etapele 1, 2, 3, 4, 5; (b) etapele 1, 2, 3, 4; (c) etapa 5.

Restructurarea cogniţiilor disfuncţionale şi/sau iraţionale vizează eliminarea celor disfuncţionale şi/sau iraţionale şi înlocuirea lor cu cogniţii funcţionale şi/sau raţionale. Cogniţia, indiferent că este funcţională sau disfuncţională, raţională sau iraţională, are o funcţie în sistemul

cognitiv; aşadar şi cele disfuncţionale şi iraţionale au o funcţie. Simpla lor eliminare, fără a pune în loc ceva, nu este eficientă.

Prin urmare, noile cogniţii trebuie (1) să fie funcţionale şi/sau raţionale, (2) să aibă aceleaşi beneficii ca şi cogniţiile pe care le înlocuiesc (să ofere sens sau să aibă valoare rezolutivă într-o situaţie-ţintă) şi (3) să fie incompatibile cu cele vechi. Acesta este cel mai eficient demers în restructurarea cogniţiilor (deoarece implică, de obicei, tehnici logice şi empirice; vezi mai jos). Uneori însă, procesul de restructurare cognitivă se face prin alte mecanisme. Astfel, în cazul în care cogniţiile disfuncţionale şi/sau iraţionale sunt foarte rigide şi greu de schimbat, se adaugă cogniţiile funcţionale şi/sau raţionale, fără a le modifica în prealabil pe cele disfuncţionale şi/sau iraţionale (vezi, mai jos, tehnicile pragmatice); apoi, prin exerciţii şi prescripţii cognitiv-comportamentale, ele vor fi întărite pentru a lua în situaţii specifice funcţia cogniţiilor disfuncţionale şi/sau iraţionale. În fine, prin proceduri meditative (de exemplu, *mindfulness* – vezi în continuare), cogniţiile disfuncţionale şi/sau iraţionale pot fi neutralizate afectiv, astfel că, deşi prezente, ele nu mai au impact asupra răspunsurilor subiectului uman; prin neutralizare afectivă înţelegem, de obicei, reducerea drastică a cogniţiilor evaluative iraţionale (dezvoltarea gândirii flexibile/preferenţiale – acceptarea – ca alternativă la o gândire absolutistă).

Înainte de a discuta tehnicile specifice de restructurare cognitivă, trebuie precizat clar faptul că ele sunt eficiente doar pe fondul unei relaţii terapeutice adecvate. Altfel spus, pacientul trebuie să simtă că el şi terapeutul sunt de aceeaşi parte a „baricadei", iar de cealaltă parte se află cogniţiile sale disfuncţionale şi iraţionale. Acestea sunt tratate ca ipoteze care urmează să fie investigate (logic, empiric, pragmatic etc.). În funcţie de rezultat, ele vor fi respinse/acceptate atât de terapeut, cât şi de pacient. Mai precis, terapeutul este în aceeaşi echipă cu pacientul. Dacă pacientul se percepe pe el şi cogniţiile sale de o parte a „baricadei", în timp ce terapeutul este de cealaltă parte a baricadei, încercând să-l convingă şi să-i arate că gândurile lui sunt disfuncţionale/iraţionale şi că trebuie schimbate cu unele funcţionale/raţionale, procesul de restructurare cognitivă nu va avea loc, oricât de corect este condus. Va apărea fenomenul de reactanţă psihologică (Brehm, 1966), prin care pacientul se va împotrivi conştient şi/sau inconştient terapeutului, chiar şi când realizează că acesta are dreptate, pentru a-şi păstra libertatea şi imaginea de sine.

În plus, restructurarea cognitivă poate fi utilizată în tulburări severe. Mult timp, „înţelepciunile şi intuiţiile" profesioniştilor din domeniu sugerau că tehnicile de restructurare cognitivă nu pot fi aplicate la pacienţii cu tulburări psihotice. Cercetările recente au contrazis acest mit, arătând că, adaptate adecvat, ele pot fi folosite cu succes pentru a controla ideile delirante şi/sau halucinaţiile (vezi mai jos). Acest lucru a fost recunoscut şi asimilat de sistemul de sănătate britanic, care a inclus terapia cognitiv-comportamentală ca singura formă de psihoterapie plătită de casele de asigurări de sănătate pentru pacienţii cu tulburări psihotice.

7.2.1.1. Etapa 1: tehnici de identificare a structurilor cognitive locale (gânduri automate) disfuncţionale şi/sau iraţionale

Tehnicile prezentate în continuare sunt „instrumente" clasice şi verificate, utile în identificarea cogniţiilor. Ele vizează identificarea gândurilor automate în forma cogniţiilor descriptive, inferenţiale şi evaluative locale (vezi pentru detalii Beck, 1976, 1995).

(a) *Tehnica întrebărilor directe*

Pentru a identifica mai uşor gândurile automate care generează răspunsurile, este indicat să structurăm întrebările ca în exemplul de mai jos:

◊ EXEMPLUL 1

Terapeut: La ce te gândeşti astfel încât acest gând te face anxios?

Prin această întrebare amorsăm gândurile care apar şi generează răspunsul anxios, întărind în acelaşi timp conceptualizarea că anxietatea este prezentă ca urmare a gândului respectiv. O întrebare care nu este structurată în acest mod poate amorsa nu doar gândurile care generează emoţia, ci şi pe cele care o însoţesc sau o urmează; ele sunt importante pentru a avea o perspectivă globală asupra tabloului clinic, dar nu pentru a ghida intervenţia.

◊ EXEMPLUL 2

Terapeut: Ce îţi trece prin minte atunci când eşti anxios?
Pacient: Ce rău mă simt. (Aceasta este cogniţia care descrie starea afectivă, nu cea care o generează.)

◊ EXEMPLUL 3

Terapeut: Ce îţi trece prin minte atunci când eşti anxios?
Pacient: Să mă relaxez. (Aceasta este cogniţia care urmează stării afective, nu cea care o determină.)

(b) *Tehnica imageriei dirijate*

Dacă pacientul nu reuşeşte să-şi identifice gândurile automate utilizând prima tehnică, el este rugat să-şi amintească şi apoi să-şi imagineze, cât mai real, o situaţie în care apar probleme. Ulterior i se descrie cât mai exact situaţia respectivă şi se observă atent reacţiile lui emoţionale. Când apare reacţia emoţională, pacientul este întrebat la ce se gândeşte în momentul respectiv astfel încât acel gând îi generează reacţia afectivă.

◊ EXEMPLUL 1

Pacient: Nu pot să vorbesc în faţa colegilor mei. Ori de câte ori încerc acest lucru, mă pierd şi mă încurc, făcându-mă de ruşine.
Terapeut: Te gândeşti la ceva anume când se întâmplă asta? Ce gând îţi trece prin minte atunci, astfel încât acel gând îţi produce aceste reacţii?
Pacient: Nimic sau poate ceva rău.
Terapeut: Ce anume?
Pacient: Nu pot să-mi amintesc exact.
Terapeut: Bine, hai să facem un exerciţiu pentru a reuşi să-ţi aminteşti la ce te gândeşti în momentele respective.
Pacient: OK.
Terapeut: Aş vrea să te relaxezi şi să închizi ochii. Acum imaginează-ţi cât mai clar că te afli în faţa colegilor tăi, urmând să le prezinţi un referat. Descrie-mi unde eşti şi ce se întâmplă.
Pacient:… (Descrie sala de curs, colegii, catedra, materialele…) Mă simt ca dracu', îmi vine rău, trebuie să plec de aici!
Terapeut: La ce te gândeşti acum ca să simţi asta?
Pacient: Cred că vor râde, îşi vor bate joc de mine şi de prezentarea mea.
Terapeut: Crezi că aceste gânduri sunt un motiv suficient să te determine să pleci?
Pacient: Cred că da.

(c) *Tehnica jocului de rol*

În acest caz, terapeutul joacă rolul unei persoane reale, cu care pacientul are interacţiuni în viaţa cotidiană, sau imaginare, iar pacientul joacă propriul rol. Această tehnică îl va ajuta pe pacient să-şi conştientizeze gândurile automate care îi afectează performanţa în viaţa de zi cu zi. Ea este indicată atunci când subiectul are probleme de interacţiune socială sau nu reuşeşte să conştientizeze uşor gândul automat.

(d) *Tehnica observării reacţiilor pacientului în cursul terapiei*

Orice schimbare a stării psihologice în cursul terapiei este o ocazie de a chestiona pacientul cu privire la ce gândeşte în momentul respectiv, astfel încât aceste gânduri îi produc reacţiile punctuale din terapie. Această tehnică este una ecologică, gândurile automate fiind identificate „pe viu".

(e) *Tehnica înregistrării zilnice a gândurilor automate disfuncţionale şi/sau iraţionale*

Pacientul este rugat să completeze formularul de mai jos în perioada dintre şedinţele terapeutice, ori de câte ori experienţiază un eveniment psihologic negativ, obţinându-se astfel o imagine comprehensivă şi exhaustivă asupra gândurilor automate disfuncţionale şi/sau iraţionale în condiţii ecologice şi asupra resurselor pe care le are pentru gânduri automate funcţionale şi/sau raţionale; formularul poate fi adaptat şi pentru alte tipuri de răspunsuri în afara celui afectiv-emoţional/subiectiv (de exemplu, comportamentale şi psihofiziologice/biologice).

Situaţia	Descrierea evenimentului extern care a declanşat distresul_____ Descrierea evenimentului intern (senzaţii fizice, gânduri, imagini) care a declanşat distresul_____
Răspuns: trăirea emoţională	Tipul de emoţie (anxios, supărat etc.)_____ Intensitatea emoţiei pe o scală 1-100_____
Gândul automat disfuncţional/iraţional	Descriere_____ În ce măsură îl consideraţi adevărat pe o scală 0-100___
Gândul automat funcţional/raţional care, dacă ar înlocui gândul automat disfuncţional/iraţional, ar reduce consecinţele negative ale acestuia	Descriere_____ În ce măsură îl consideraţi adevărat, pe o scală 0-100___
Rezultate	În ce măsură consideraţi adevărat conţinutul informaţional dezadaptativ pe o scală 0-100_____ Tipul de emoţie şi intensitatea acesteia resimţite acum_____

(f) *Tehnica inferenţei terapeutice*

În cazul în care gândurile automate într-o situaţie-ţintă nu pot fi identificate clar prin tehnicile prezentate anterior (subiectul are sentimentul că ştie, dar îi este greu să verbalizeze sau verbalizează parţial), terapeutul, pe baza informaţiilor achiziţionate despre situaţia-ţintă şi despre reacţiile pacientului, elaborează împreună cu acesta gândul automat probabil. Această tehnică este una nondirectivă şi nu trebuie confundată cu tehnicile în care terapeutul încearcă să impună pacientului propriul punct de vedere.

◊ EXEMPLUL 1

(Tehnică aplicată corect)

Pacient: Sunt îngrozit, iar apoi nu pot vorbi în faţa clasei fără să mă bâlbâi şi fără să mă încurc.

Terapeut: De ce crezi că se întâmplă aşa? La ce te gândeşti astfel încât să apară groaza aceea?

Pacient: Nu ştiu.

Terapeut: Spune-mi atunci ce crezi că gândeşti astfel încât, dacă ai gândi aşa, ar apărea groaza.

Pacient: Nu sunt sigur. Nu ştiu!

Terapeut: Bun, hai atunci să vedem împreună ce gânduri ar putea face pe cineva să simtă aşa ceva în faţa unei clase. (Se explorează aceste gânduri; terapeutul poate veni cu propunerile sale.)

Terapeut: Dar pe tine? Ce gânduri te-ar putea face să te simţi aşa în faţa clasei? (Dacă nu reuşeşte să genereze, le selectăm pe cele probabile şi pentru el, identificate deja în cazul altor persoane.)

Pacient: Probabil dacă mă gândesc că ceilalţi vor râde de mine.

◊ EXEMPLUL 2

(Tehnică eronată, de presiune asupra pacientului pentru identificarea gândurilor automate)

Pacient: Nu pot vorbi în faţa clasei fără să mă bâlbâi şi fără să mă încurc.
Terapeut: De ce crezi că se întâmplă asta? La ce te gândeşti?
Pacient: Nu ştiu.
Terapeut: Probabil te gândeşti că ceilalţi vor râde de tine.
Pacient: Poate, nu sunt sigur.
Terapeut: Asta trebuie să fie.

(g) *Tehnica asocierilor libere*

Se cere pacientului să verbalizeze tot ceea ce îi vine în minte, fără nici o restricţie, pornind de la amorsele prezentate de terapeut şi care sunt legate, evident, de problemele subiectului şi de tabloul său clinic. Se înregistrează tot ceea ce spune pacientul, urmând apoi să se identifice cogniţiile relevante, iar acestea, împreună cu restul elementelor reliefate prin asociaţii libere, să fie organizate conform modelului ABC cognitiv şi/sau comportamental. Tehnica este de origine psihanalitică, dar nu este focalizată pe conţinuturi de tip psihanalitic, ci pe conţinuturi cognitive, care nu sunt interpretate psihanalitic, ci organizate pe baza modelului ABC cognitiv.

(h) *Tehnici adiţionale*

Tehnicile bazate pe desen, joc etc. sunt proceduri care pot amorsa cogniţii importante, mai ales dacă subiecţii sunt copii şi/sau au dificultăţi de exprimare verbală. În principiu, orice activitate şi/sau orice experienţă de viaţă şi terapeutică ce se înscriu în cadrul deontologiei profesionale pot fi utilizate ca oportunitate de identificare a cogniţiilor.

Concluzii

Există un spectru extrem de larg de tehnici utile pentru identificarea gândurilor automate. Numai imaginaţia, datele ştiinţifice şi deontologia profesională ne limitează depistarea altor modalităţi de reliefare a acestora. Se poate observa, din toate exemplele prezentate, că în discuţia cu pacientul se menţine un limbaj de interfaţă. Termenii „cogniţie", „iraţională", „disfuncţională" etc. sunt parte a conceptualizării profesionale şi rareori apar în discuţiile cu pacientul, unde se utilizează formulări precum „gânduri", „la ce te gândeşti", „nefolositoare", „nesănătoase" etc. O atenţie specială trebuie acordată educării pacientului pentru modelul ABC cognitiv. El nu este un psiholog, unul care să fi studiat clar distincţiile dintre cogniţii şi emoţii; la nivelul simţului comun se utilizează adesea un limbaj imprecis, transpus şi în procesul psihoterapeutic. Uneori, la întrebarea „Ce simţi?", prin care încercăm să găsim C-ul pacientului, acesta ne răspunde cu un B: „Mă simt ca un

prost” (de fapt, el gândeşte că este prost), iar la întrebarea „La ce te gândeşti?”, prin care încercăm să găsim B-ul, ne răspunde cu un C: „Că mă tem” (de fapt, asta este ceea ce simte). Pacientul trebuie învăţat distincţia dintre cogniţie şi emoţie, pentru a putea aplica apoi modelul ABC. Dacă noi şi pacientul nu facem o diferenţă clară între ele, utilizarea modelului ABC este compromisă, acesta bazându-se pe distincţiile între eveniment (A) – cogniţie (B) – consecinţă (C).

7.2.1.2. Etapa 2: tehnici de modificare a structurilor cognitive locale (gânduri automate) disfuncţionale şi/sau iraţionale

În terapia cognitiv-comportamentală, tehnicile de modificare a conţinuturilor informaţionale disfuncţionale şi/sau iraţionale sunt extrem de diverse (vezi pentru detalii Beck, 1976, 1995; Ellis, 1994). Înainte de a începe restructurarea cognitivă, trebuie să ne asigurăm că pacientul înţelege şi acceptă faptul că aceste cogniţii sunt cauze ale reacţilor sale emoţionale, comportamentale şi/sau psihofiziologice. Aşadar modificarea cogniţiilor nu este un scop în sine, ci un mijloc de a remite tabloul clinic, mizând pe faptul că pacientul realizează legătura B-C.

◊ EXEMPLU

Terapeut: Altfel spus, atunci când strigă la tine, te înfurii.
Pacient: Da.
Terapeut: Dacă 100 de oameni ar fi în situaţia respectivă, crezi că toţi s-ar înfuria?
Pacient: Nu toţi. Unora nu le-ar păsa.
Terapeut: Din ceea ce îmi spui înţeleg că nu evenimentul în sine înfurie, ci modul în care noi ne raportăm la el ne înfurie. Unora le pasă, altora nu etc. Înţeleg bine?
Pacient: Da, cred că da.
Terapeut: Atunci mă întreb cum te raportezi tu la el? La ce te gândeşti astfel încât acest gând te înfurie?

În toate exemplele prezentate în această secţiune presupunem că acest lucru s-a realizat. Prezentăm în continuare tehnicile clasice ale terapiei cognitiv-comportamentale de modificare a gândurilor automate.

(a) *Tehnici logice*

Tehnicile logice au ca fundament raţionalismul. Pe scurt, raţionalismul îşi are originea în Grecia Antică (Aristotel, Pitagora, Platon) şi în secolele XVII-XVIII (Descartes, Leibniz, Spinoza). Nucleul tare al acestei perspective filosofice este următorul:

– sursa cunoştinţelor noastre este raţionamentul deductiv şi logic, pornind de la adevăruri universale, independente de experienţă, apriorice, imuabile, absolute;

– realitatea este partea stabilă care se ascunde dincolo de realităţile perceptuale imediate; ea poate fi cunoscută doar cu ajutorul logicii;
– cunoştinţele valide sunt doar acelea care sunt logic consistente şi corespund unor standarde recunoscute de adevăr şi raţiune.

Tehnicile logice modifică conţinutul informaţional disfuncţional şi/sau iraţional al pacientului, bazându-se pe identificarea inconsistenţelor logice în gândirea acestuia. Pentru a putea realiza în mod eficace o astfel de intervenţie, este important ca terapeutul să cunoască foarte bine logica, retorica şi teoria argumentării, inclusiv erorile de raţionament (vezi David, 2006). Întrebările-sursă care pot fi adaptate clinic în diverse variante sunt: „Care este logica a ceea ce crezi?/Cum poţi argumenta asta?”.

◊ EXEMPLUL 1

Pacient: Trebuie să reuşesc în tot ceea ce fac.
Terapeut: Nu mă îndoiesc că îţi doreşti, poate chiar foarte mult, să reuşeşti în tot ceea ce faci. Aş vrea să înţeleg însă cum, pornind de la acest lucru dezirabil, ai ajuns să crezi că, dacă îţi doreşti, atunci şi trebuie cu necesitate să reuşeşti. Altfel spus, cum se poate explica faptul că tu crezi că dacă îţi doreşti ceva, lucru perfect legitim, acel ceva trebuie cu necesitate să se întâmple?
Pacient: Păi, nu trebuie, dar ar fi bine.
Terapeut: Nu mă îndoiesc că ar fi, nu bine, ci foarte bine! Poţi să-ţi doreşti mult acest lucru, dar aminteşte-ţi că, în ciuda faptului că ţi-l doreşti şi că faci tot ceea ce depinde de tine şi este omeneşte posibil să se întâmple, s-ar putea – şi va trebui să accepţi asta – ca lucrurile să nu stea întotdeauna cum îţi doreşti tu. Numai în cazul lui Dumnezeu dorinţele dobândesc mereu realitate; pentru oameni, lucrurile nu stau întotdeauna aşa cum ar dori sau cum ar merita ei.

◊ EXEMPLUL 2

Pacient: Faptul că m-a părăsit soţia este groaznic şi catastrofal.
Terapeut: Înţeleg că simţi că este teribil de rău că te-a părăsit soţia.
Pacient: Da, este groaznic.
Terapeut: Ce înţelegi prin faptul că este groaznic şi catastrofal?
Pacient: Este sfârşitul pentru mine… cel mai rău lucru care mi se putea întâmpla în viaţa asta.
Terapeut: Nu mă îndoiesc de faptul că tu crezi că este groaznic. Mă întreb însă cum ai ajuns să crezi acest lucru? Evident că ceea ce ţi s-a întâmplat este foarte rău. Însă cum ai ajuns să crezi că este cel mai rău lucru care ţi se putea sau ţi se poate întâmpla?
Pacient: Păi… dacă punem problema aşa, nu este cel mai rău lucru care mi se poate întâmpla, dar este foarte rău.
Terapeut: Da, foarte rău, şi văd că şi foarte dureros, dar asta nu înseamnă că este o catastrofă, cel mai rău lucru care ţi se poate întâmpla – sfârşitul, pentru tine.

◊ EXEMPLUL 3

Pacient: Insomnia mea apare din cauza depresiei pe care o am.
Terapeut: De unde ştii că ai depresie?
Pacient: Păi, nu pot să dorm, nu am chef să fac nimic.
Terapeut: Ce altă explicaţie ar putea fi pentru insomnia ta?
Pacient: Păi, cred că este corect ce am spus mai înainte.
Terapeut: Eu văd lucrurile un pic altfel. Logic vorbind, ceea ce spui este o tautologie, fără valoare explicativă.
Pacient: Cum adică?

Terapeut: Să-ţi explic: simplu spus, deocamdată, insomnia nu apare din cauza depresiei, ci depresia constă tocmai în insomnia pe care o ai; nu numai în ea, dar şi în ea.
Pacient: Aa, şi atunci de ce nu pot să dorm? Ce se întâmplă de fapt?
Terapeut: Urmează să identificăm cauzele ei şi să aplicăm tratamentul adecvat. Hai să începem.

◊ EXEMPLUL 4

Această ilustrare se bazează pe maieutica socratică – metoda utilizată de Socrate, care, pentru a-şi convinge ascultătorii că anumite cogniţii ale lor erau greşite, arăta că din ele pot deriva logic consecinţe incompatibile unele cu altele. Aceasta înseamnă că premisa (cogniţia de la care se porneşte) este greşită.
Pacient: Toată lumea râde de mine şi mă desconsideră. Nimeni nu este interesat de mine.
Terapeut: Ce consecinţe derivă de aici? (Ce înseamnă asta?)
Pacient: Mă simt fără valoare, mă simt singur şi neajutorat.
Terapeut: Cum te simţi acum, singur?
Pacient: Păi, nu, dumneavoastră sunteţi aici şi încercaţi să mă ajutaţi.
Terapeut: Dar mai înainte îmi spuneai că nimeni nu este interesat de tine.
Pacient: Nu chiar nimeni, dar mulţi.
Terapeut: Bun, asta înseamnă că totuşi cuiva îi pasă de tine.
Pacient: Da, poate.

(b) *Tehnici empirice*

Empirismul îşi are rădăcinile în filosofia lui Berkeley, Hume şi Locke. Pe scurt, asumpţiile fundamentale ale acestei orientări sunt:

– sursa cunoştinţelor noastre este raţionamentul inductiv, pornind de la experienţa cotidiană;
– există o singură realitate stabilă, izvor al cunoştinţelor noastre;
– cunoştinţele valide sunt cele care corespund realităţii obiective.

◊ EXEMPLUL 1 (ANECDOTĂ)

Scolasticii credeau că tot adevărul se găseşte în Biblie şi, probabil, în scrierile lui Aristotel. Aşadar, dacă cineva era interesat să afle ceva despre lup, de exemplu, atunci citea aceste lucrări şi găsea informaţiile necesare; a încerca să observi un lup pentru a afla informaţii despre el era un nonsens; când Francisc Bacon (1561-1626) a început să observe realitatea pentru a o descrie, a fost izolat şi criticat.
Ideea generală a tehnicilor empirice, promovată serios de Aaron Beck pe linia baconiană, este de a explora dovezile care susţin cogniţia pacientului, mizându-se pe faptul că, în lipsa lor sau în prezenţa unora care le invalidează, cogniţiile se vor schimba şi vor fi asimilate variantele funcţionale şi raţionale. Întrebările-sursă, care apoi pot fi adaptate clinic în diverse variante, sunt: „Pe ce te bazezi când spui asta?”, „Crezi asta?” („Unde scrie asta?”).

◊ EXEMPLUL 2

În acest caz, subiectul este rugat ca, pe baza examinării experienţei sale de viaţă, să identifice şi să noteze evenimentele care susţin gândul automat disfuncţional şi/sau iraţional şi evenimentele care îl infirmă. De obicei, după ce observă că lista care îl infirmă este mai mare decât lista evenimentelor care-l confirmă, pacientul ajunge să considere gândul automat şi renunţă la el. Aplicarea acestei tehnici este strâns legată de abilitatea şi experienţa terapeutului care, din discuţiile anterioare cu pacientul şi/sau

aparţinătorii, intuieşte că evenimentele ce infirmă gândurile automate sunt mai numeroase decât cele care le confirmă. Dacă în structura gândurilor automate apar termeni absoluţi, ca „trebuie”, „oricând”, „orice”, „oriunde”, tehnica are mari şanse de reuşită. În acest caz, chiar dacă lista evenimentelor care infirmă gândul nu este mai mare decât cea a evenimentelor care îl confirmă, cel puţin ele slăbesc încrederea pacientului în credinţele absolutiste.

Pacient: Sunt o mamă rea.

Terapeut: Ce înseamnă pentru tine faptul că eşti o mamă rea?

Pacient: Nu acord suficient timp copilului.

Terapeut: Dar găseşti totuşi timp să stai cu el, să ai grijă de el?

Pacient: Sigur că da.

Terapeut: Ce faci atunci?

Pacient: Îi dau să mănânce, mă joc cu el.

Terapeut: Cam asta fac mamele bune, nu?

Pacient: Da, dar eu fac mai rar acest lucru, nu aşa des cum ar trebui…

Terapeut: Mie mi se pare că eşti o mamă care are şi comportamente bune, şi mai puţin bune. Asta nu te face nici rea, nici bună. Eşti doar o mamă care, prinsă în sarcini diverse, nu acordă suficient timp copilului. Hai să vedem cum putem planifica mai bine timpul şi activităţile.

◊ EXEMPLUL 3

Pacient: Nu mă pot concentra deloc, absolut la nimic!

Terapeut: Cum crezi că am putea verifica lucrul acesta?

Pacient: Ştiu eu, poate încercând să citesc ceva.

Terapeut: Bine, uite, am aici ziarul de azi. Ce subiect preferi să citeşti de obicei?

Pacient: Îmi plac secţiunile economice.

Terapeut: Uite, aici este un articol despre inflaţie. Crezi că vei reuşi să citeşti ceva din el?

Pacient: Nu cred, mi-e greu să mă concentrez… sau poate primele rânduri.

Terapeut: Bine, hai să încercăm. Citeşte până când simţi că nu te mai poţi concentra deloc asupra articolului.

Pacient: (Citeşte întregul articol.) Am terminat.

Terapeut: Cât ai citit?

Pacient: Am citit întregul articol.

Terapeut: Mai înainte spuneai că nu te poţi concentra deloc la nimic. Cum crezi că stau lucrurile?

Pacient: Bine, am exagerat puţin. De fapt, nu reuşesc să mă concentrez la fel de bine ca înainte.

Terapeut: Cred că ai dreptate şi, pornind de la abilităţile de concentrare pe care le ai, vom îmbunătăţi capacitatea ta de concentrare.

◊ EXEMPLUL 4

Este foarte important să operaţionalizăm constructele negative pe care subiectul şi le atribuie (de exemplu, „Sunt un prost, un incapabil, un laş”). Aceasta deoarece ele sunt, de fapt, etichete lingvistice care acoperă o mulţime de comportamente. Este foarte probabil ca pacientul să îşi atribuie o etichetă în baza prezenţei unui număr redus de comportamente dintre cele pe care ea le acoperă (de exemplu, „Sunt laş pentru că nu am răspuns ironiilor colegilor”). Consecinţele emoţionale sunt însă expresia întregului spectru de comportamente codate în mintea subiectului, pe care eticheta respectivă le poate acoperi în principiu („Sunt laş pentru că nu am răspuns ironiilor colegilor, nu am răspuns la lovituri, am părăsit un prieten la greu etc.”) şi care se activează automat, ca un cluster, atunci când unul din ele este activat. Pentru a împiedica acest lucru, pacientul trebuie să înţeleagă faptul că, în cazul lui, a fi laş înseamnă doar că nu a răspuns ironiilor colegilor şi nimic mai mult.

◊ EXEMPLUL 5

În acest caz, gândul automat este schimbat modificând, prin procesul de reatribuire, cauzele care l-au generat.

Pacient: Nu merit să trăiesc, fiindcă toţi îşi bat joc de mine şi nimeni nu mă apreciază.

Terapeut: Poţi să-mi detaliezi?

Pacient: Uite, la serviciu, de exemplu, şefii mei mă desconsideră şi au dreptate să se comporte urât cu mine, fiindcă nu sunt bun de nimic.

Terapeut: Ce fel de oameni sunt şefii tăi?

Pacient: Sunt duri şi unii sunt chiar bădărani.

Terapeut: Cum se comportă cu ceilalţi colegi ai tăi?

Pacient: Unii îşi bat joc şi de ei.

Terapeut: Poate acesta este stilul lor – de a se comporta urât şi agresiv cu toată lumea, nu în special cu tine.

Pacient: Da, poate că ai dreptate.

(c) *Tehnici pragmatice/funcţionale*

Tehnicile pragmatice au ca substrat pragmatismul şi constructivismul, ambele cu rădăcini în filosofia kantiană şi neokantiană şi, mai recent, în scrierile lui James, Kelly, Kuhn, Piaget, Pierce. Aşa cum am mai arătat, ideile fundamentale sunt (vezi Marga, 1988; Pierce, 1935):

– viaţa este temeiul cunoaşterii;
– cunoaşterea este activitate; sursa cunoştinţelor noastre este capacitatea simbolică şi imaginativă a subiectului uman; cunoştinţele sunt mai degrabă inventate decât descoperite;
– adevărul unei judecăţi este conferit de reuşita acţiunii pe care o orientează; nu contează atât valoarea ei de adevăr, cât mai ales valoarea adaptativă pentru subiect (ceva nu trebuie să fie adevărat pentru a fi util – vezi religia);
– realitatea este, în ultimă instanţă, rezultatul unor inferenţe ipotetice operate de o comunitate nelimitată de oameni; comunitatea nelimitată este întruchiparea raţiunii în pragmatism. Aşadar realitatea fiind o construcţie, diferenţa dintre „ceea ce este” şi „ceea ce experienţiem” nu mai are relevanţă; nu există o singură realitate stabilă, absolută, ci fiecare om şi/sau comunitate îşi construieşte propria realitate.

În terapia cognitiv-comportamentală, pragmatismul/constructivismul acreditează ideea că tulburările psihice sunt expresia faptului că sistemul de cunoştinţe al subiectului nu mai este funcţional/raţional. În consecinţă, terapeutul trebuie să faciliteze restructurarea sistemului de cunoştinţe al pacientului prin construcţia unuia nou, funcţional/raţional, în cadrul unei relaţii terapeutice empatice, calde, stabile şi securizante.

Această modalitate este suficient de permisivă pentru ca, atunci când este cazul, să fie posibilă modificarea scopurilor/dorinţelor formulate raţional, dacă acestea sunt prea intense şi/sau nerealiste. O abordare logică sau empirică ar putea implica aspecte etice care ne-ar îndepărta de demersul terapeutic (de exemplu, de ce nu este logic sau empiric corect ca cineva să-şi dorească şi

să facă tot ceea ce depinde de el/ea pentru a fi astronaut în condiţiile în care are un coeficient de inteligenţă de 80!). Problemele etice sunt mai puţin relevante în cazurile de patologie (de exemplu, pedofilie), dar în această situaţie ne confruntăm adesea cu pacienţi egosintonici, mai puţin deschişi la terapie.

Întrebarea-sursă, care poate fi adaptată clinic în diverse forme, este: „Îţi foloseşte să gândeşti aşa?”.

◊ EXEMPLUL 1 (ANALIZA COSTURI-BENEFICII)

Pacientului i se cere să facă o listă cu costurile şi beneficiile pe care gândul automat i le aduce. Experienţa şi pregătirea terapeutului sunt decisive în evidenţierea dezavantajelor pe care cogniţiile subiectului le presupun sub aspectul relaţiilor cu ceilalţi, al trăirilor emoţionale, al autocontrolului comportamental etc.

◊ EXEMPLUL 2

Pacient: Trebuie să mă iubească, altfel este groaznic şi catastrofal.
Terapeut: Şi când îţi spui acest lucru, ce simţi?
Pacient: Panică.
Terapeut: Şi cum te ajută starea aceasta de panică? Panicându-te, o faci să te iubească?
Pacient: Evident că nu! Dimpotrivă… o sperii!
Terapeut: Bănuiesc că nu este o stare plăcută.
Pacient: Nu, nu este; este o suferinţă teribilă, cu frică, nod în gât, dificultăţi de respiraţie, tahicardie etc.
Terapeut: Dacă acest gând îţi produce starea de panică, mă întreb: îţi foloseşte să gândeşti aşa? Altfel spus, ori de câte ori gândeşti acest lucru, apare starea de panică. Ea nu te ajută şi este o suferinţă pentru tine. Deci te ajută să gândeşti aşa?

Evident, dacă tehnica este corect utilizată, răspunsul pacientului va fi că nu îi foloseşte. Acesta este momentul în care se începe înlocuirea gândului automat disfuncţional şi/sau iraţional cu cogniţii funcţionale şi/sau raţionale. Observăm că, în acest caz, nu contează dacă gândul automat este corect sau incorect logic sau empiric; important este că acesta nu este util, generând probleme şi, în consecinţă, el trebuie înlocuit cu unul util, de preferinţă corect şi logic şi/sau empiric.

◊ EXEMPLUL 3

Terapeut: Aşadar toate resursele tale sunt cheltuite pentru a deveni ofiţer.
Pacient: Da. Ştiu însă că s-ar putea să nu reuşesc, căci nu am un picior şi nu văd cu un ochi, dar încerc. Nu renunţ!
Terapeut: Din cele discutate anterior, înţeleg că neîmplinirea acestei dorinţe te întristează.
Pacient: Da. Sunt foarte trist.
Terapeut: De cât timp durează această tristeţe?
Pacient: Păi, de ani de zile. Uneori simt că o să mă copleşească şi că nu o să mai rezist; dar nu e cazul încă…

Această stare de tristeţe este o emoţie funcţională negativă determinată de o dorinţă formulată raţional. Dacă ea este însă foarte intensă şi/sau cu durată lungă se poate transforma în una disfuncţională (deprimare). Aşadar uneori reducerea intensităţii şi/sau a duratei sale este

importantă; acest lucru se poate face fie prin rezolvarea A-ului (care poate duce chiar la o emoţie pozitivă), fie prin reducerea şi/sau modificarea cogniţiei raţionale (atenţie la aspectele etice – se face doar dacă este absolută nevoie). În plus, un *reframing* adecvat – modificări ale cogniţiilor reci – poate uneori transforma emoţia funcţională negativă nu doar în una mai puţin intensă/durabilă, ci chiar în una pozitivă.

A – B (raţional) – C (funcţional)/A2 – B (iraţional) – C2 (disfuncţional).

(d) *Tehnici metaforice*

Aceste tehnici înlocuiesc indirect, prin intermediul metaforelor, cogniţiile disfuncţionale şi/sau iraţionale cu unele funcţionale şi/sau raţionale. Metaforele sunt exprimate în literatură, poveşti, poezii, cântece, proverbe, aforisme şi/sau pot fi construite de un terapeut creativ în cursul procesului terapeutic, adaptat pacientului cu care lucrează. Ideea este să ne expunem cât mai mult la acele metafore care ne împing spre un stil funcţional şi/sau raţional. Ele nu trebuie analizate logic, ci experienţiate; aşa cum spunea Blaga, dacă am gândi mereu cu glas tare, ne-ar scăpa nuanţele! În plus, nu trebuie evitate metaforele care promovează un stil disfuncţional şi/sau iraţional; ele trebuie experienţiate, dar şi analizate conştient (unele sunt genial formulate), pentru a înţelege cum ne împing spre suferinţă cu zâmbetul pe buze, cum ne distrug mângâindu-ne. Să analizăm câteva mai cunoscute din literatura de profil.

I. Literatură, poveşti şi povestiri, filme

- care promovează un stil cognitiv funcţional şi raţional:
  - vezi *Poveşti raţionale pentru copii*, traducere la ASCR, de Daniel David şi Adrian Opre, Cluj-Napoca;
  - povestiri scurte.

◊ EXEMPLUL 1

Maestrul şi ucenicul se îndreptau spre mănăstire. Făceau parte dint-un cult care, prin jurământ, nu avea voie să atingă femeile. Lângă un râu văd o femeie frumoasă, care nu putea trece din cauza rochiei prea lungi care se uda. Maestrul o ia în braţe şi o trece râul. În primul moment, ucenicul încremeneşte. Apoi devine din ce în ce mai furios. Maestrul îl ignoră şi îşi continuă drumul ca şi cum nimic nu s-ar fi întâmplat. Ajungând la mănăstire, ucenicul îi spune maestrului, care nu îl mai poate evita: „Cum ai putut să atingi femeia; ba mai mult, să o iei în braţe?”. Uitându-se lung la el, maestrul îi răspunde: „Eu am lăsat femeia lângă râu, tu de ce o porţi cu tine?”.

Sugerează rolul cogniţiilor în reacţiile noastre.

◊ EXEMPLUL 2

Isaac Asimov, în cartea *Roboţii de pe Aurora*, transpune magistral în variantă science-fiction principii ale terapiei cognitiv-

comportamentale. Spre exemplu, roboţii de pe Aurora erau guvernaţi de trei legi (reguli absolutiste/inflexibile). *Legea 1*: Un robot nu poate să facă rău unei fiinţe umane sau, prin inacţiune, să permită ca unei fiinţe umane să i se facă rău; *Legea 2*: Un robot *trebuie* să asculte ordinele primite de la o fiinţă umană, cu excepţia cazurilor când aceste ordine ar veni în contradicţie cu *Legea 1*. *Legea 3*: Un robot *trebuie* să-şi apere propria existenţă, atâta timp cât nu intră astfel în contradicţie cu *Legea 1* sau *Legea 2*. Atunci când, printr-o împrejurare creată, un robot nu reuşea să respecte aceste legi, apărând practic o discrepanţă între legile de care era guvernat şi evenimentele care aveau loc, el începea să tremure şi apoi se destabiliza complet (dezvolta patologie, în limbaj clinic).

◊ EXEMPLUL 3

Seria *Matrix* este probabil exemplul cel mai bun de transpunere a terapiei cognitiv-comportamentale într-o modalitate cinematografică. Ideea că tot ceea ce facem şi simţim este de fapt determinat de o realitate creată cognitiv (într-un mod similar celui kantian) este superb transpusă în acest film. Eliberarea apare doar atunci când înţelegi acest lucru şi ajungi să înlocuieşti şi să controlezi această realitate artificială.

II. Poezii

- care promovează un stil cognitiv funcţional şi raţional:
  - „…De poţi să nu-ţi pierzi capul când toţi în jurul tău şi l-au pierdut pe-al lor găsindu-ţi ţie vină/ De poţi, atunci când toţi te cred nedemn şi rău, să nu-ţi pierzi nici o clipă încrederea în tine/ De poţi s-aştepţi oricât fără să-ţi pierzi răbdarea…/ De rabzi s-auzi cuvântul cândva rostit de tine, răstălmăcit de oameni, ciuntit şi prefăcut/ De poţi să-ţi vezi idealul distrus şi din ruine să-l reclădeşti cu-ardoarea fierbinte din trecut/ …De poţi miza pe-o carte întreaga ta avere şi tot ce-ai strâns o viaţă să pierzi într-un minut/ Şi atunci, fără a scoate o vorbă de durere, să-ncepi agoniseala cu calm de la-nceput…” (*Dacă*, Rudyard Kipling, 1895);
- care promovează un stil cognitiv disfuncţional şi iraţional:
  - „…Pe umeri pletele-i curg râu/ Mlădie, ca un spic de grâu/ Cu şorţul negru prins în brâu/ O pierd din ochi de dragă./ Şi când o văd, îngălbenesc/ Şi când n-o văd, mă-mbolnăvesc/ Iar când merg alţii de-o peţesc/ Vin popi de mă dezleagă…” (*Numai una*, George Coşbuc).

O confruntare raţional *versus* iraţional, subtilă şi superbă, apare în poezia lui George Coşbuc *Moartea lui Fulger*.

Iraţional (mama)	**Raţional** (sfetnicul)
……	……
Nu-l dau din braţe nimănui!	— „Nepoată dragă!
Închideţi-mă-n groapa lui –	De-n zadar Te văd plângând.
Mă laşi tu, Fulgere, să mor?	
Îţi laşi părinţii-n plâns şi dor?	De cum te zbuciumi, tu te stingi
O, du-i cu tine, drag odor,	Şi inima din noi o frângi –
O, du-i, o, du-i!	Ne doare c-a fost scris aşa,
	Ne dori mai rău cu jalea ta:

Ah, mamă, tu! Ce slabă eşti! N-ai glas de vifor, să jeleşti; N-ai mâini de fier, ca fier să frângi; N-ai mări de lacrămi, mări să plângi, Nu eşti de foc, la piept să-l strângi, Să-l încălzeşti! …… Eu vreau cu Fulger să rămân! Ah, Dumnezeu, nedrept stăpân, M-a duşmănit trăind mereu Şi-a pizmuit norocul meu! E un păgân şi Dumnezeu, E un păgân. De ce să cred în el de-acum? În faţa lui au toţi un drum, Ori buni, ori răi, tot un mormânt! Nu-i nimeni drac şi nimeni sfânt! Credinţa-i val, iubirea vânt Şi viaţa fum!	De-aceea, doamnă, te-am ruga Să nu mai plângi. Pe cer când soarele-i apus, De ce să plângi privind în sus? Mai bine ochii-n jos să-i pleci, Să vezi pământul pe-unde treci! El nu e mort! Trăieşte-n veci, E numai dus. …….. Zici fum? O, nu-i adevărat. Război e, de viteji purtat! Viaţa-i datorie grea Şi laşii se-ngrozesc de ea – Să aibă tot cei laşi ar vrea Pe neluptat. …… Trăieşte-ţi, doamnă, viaţa ta! Şi-a morţii lege n-o căta! Sunt crai ce schimb-a lumii sorţi, Dar dacă mor, ce grijă porţi? Mai simte-n urmă cineva Că ei sunt morţi? Dar ştiu un lucru mai pe sus De toate câte ţi le-am spus: Credinţa-n zilele de-apoi E singura tărie-n noi, Că multe-s tari cum credem noi Şi mâine nu-s! Şi-oricât de amărâţi să fim Nu-i bine să ne dezlipim De cel ce vieţile le-a dat! – O fi viaţa chin răbdat, Dar una ştiu: ea ni s-a dat Ca s-o trăim!

III. Cântece

- care promovează un stil cognitiv funcţional şi raţional:
  - „…Pot să pierd în viaţă tot/ Nu îmi pasă, mă ridic la loc…” (Voltaj);
  - „…În viaţă nu-i aşa cam cum ar trebui să fie…” (Pavel Stratan);
  - „…Când necazuri te doboară şi prieteni n-ai să-i strigi/ ţine minte, sfârşitul nu-i aici…” (Pasărea Colibri);

- care promovează un stil cognitiv disfuncţional şi iraţional:
  - „…Nu pot trăi fără tine/ Nu pot trăi, n-are rost/ Întoarce-te iarăşi la mine/ Vino, te rog, înapoi…” (Cargo);
  - „…Toţi băieţii vor ca toate fetele să fie pe placul lor/ Şi toate fetele vor băieţi care să le spună mereu ce vor/ Toată săptamâna/ Să-mi faci mereu pe plac/ Să m-alinţi întruna/ Să-mi spui cât de mult te atrag…” (Andra).

IV. Proverbe

- care promovează un stil cognitiv funcţional şi raţional:
  - Cât trăieşte omul, speră; Unele aşteptăm, altele ne vin; Tot răul e spre bine; Dracu’ nu e aşa negru precum pare; La tot răul e şi un bine; Şi răul prinde câteodată bine la ceva;
- care promovează un stil cognitiv disfuncţional şi iraţional:
  - Cine nu are sănătate, nu are nimic; Nu te hrăni cu speranţă; Ce începe rău, se termină rău; Ce începe bine, sfârşeşte bine; Fiecare trebuie să îşi poarte crucea.

V. Aforisme

- care promovează un stil cognitiv funcţional şi raţional:
  - „Raţionalistul care se teme de «iraţional» este ca un om care în calculele sale bugetare s-ar teme de excedente” (Blaga);
  - „A nu trăi în zadar este a şti să dai vieţii pământeşti aspectul unei captivităţi cereşti” (Blaga);
- care promovează un stil cognitiv disfuncţional şi iraţional:
  - „O idee aplicată este un înger căzut” (Blaga);
  - „Sufletul are totdeauna ceva din amarul unei sărutări pe care n-ai putut s-o dai” (Blaga).

(e) *Tehnici cognitiv-comportamentale spirituale*

Tehnicile şi ritualurile spirituale sunt utile în modificarea cogniţiilor disfuncţionale şi iraţionale în cogniţii funcţionale şi raţionale, prin apelul la rugăciune şi/sau la citirea unor texte sacre din diverse religii. Evident, ele sunt indicate şi funcţionează la pacienţii care consideră aceste texte ca fiind sacre. Albert Ellis afirma la un moment dat: „…tradiţia iudeo-creştină exprimată în Biblie este o carte de autoterapie care a determinat, probabil, mai mulţi oameni să se schimbe decât toţi terapeuţii lumii la un loc…”. Oferim mai jos câteva exemple de referinţă în domeniu (discutate – comunicare personală – cu Dr. Steve Johnson, SUA, preot şi supervizor în terapie cognitiv-comportamentală, în cursul formării în cadrul Institutului Albert Ellis; vezi mai recent şi Johnson, 2006) care reliefează fie promovarea cogniţiilor funcţionale/raţionale, fie o poziţie împotriva celor

disfuncţionale/iraţionale, pornind de la textul Bibliei. Biblia, ca de altfel şi alte texte sacre (*Talmudul*, *Coranul* etc.), este o transpunere magnifică a unei filosofii funcţionale/raţionale în prescripţii de viaţă.

Domeniul general	**Citatul din Biblie care susţine varianta raţională**
Cogniţii absolutiste (CA) *versus* cogniţii preferenţiale (CP)	1 Corinteni, 6, 12: Toate îmi sunt îngăduite, dar nu toate îmi sunt de folos. Toate îmi sunt îngăduite, dar eu nu voi fi stăpânit de ceva. (CP)
Catastrofare (C) *versus* noncatastrofare (NC)	Romani, 8, 38-39: Fiindcă sunt încredinţat că nici moartea, nici viaţa, nici îngerii, nici stăpânirile, nici cele de acum, nici cele viitoare, nici puterile, nici înălţimea, nici adâncul şi nici o altă făptură nu va putea să ne despartă de iubirea lui Dumnezeu cea întru Hristos Iisus, Domnul nostru. (NC)
Toleranţă scăzută la frustrare (TSF) *versus* toleranţă la frustrare (TF)	Ioan, 15, 18-19: De vă urăşte pe voi lumea, să ştiţi că pe Mine mai înainte de voi M-a urât./Dacă aţi fi din lume, lumea ar iubi ce este-al ei; dar pentru că nu sunteţi din lume, ci Eu v-am ales pe voi din lume, de aceea vă urăşte lumea. (TF) Ioan, 16-33: Pe acestea vi le-am spus, pentru ca întru Mine pace să aveţi. În lume necaz veţi avea; dar îndrăzniţi, Eu am biruit lumea! (TF) 2 Timotei, 3, 12: Prigoniţi vor fi şi toţi cei ce voiesc să trăiască cucernic în Hristos Iisus. (TF) Evrei, 6, 11-12: Dorim dar ca fiecare dintre voi să arate aceeaşi râvnă pentru adeverirea pân' la sfârşit a nădejdii, aşa încât să nu fiţi lenevoşi, ci următori ai celor ce prin credinţă şi răbdare moştenesc făgăduinţele. (TF) Evrei, 12, 10-11: Pentru că ei ne pedepseau pentru puţine zile, după cum li se părea lor, dar Acesta spre folosul nostru o face, ca să ne împărtăşim de sfinţenia Lui. Certarea, oricare ar fi ea, nu pare la-nceput că e spre bucurie, ci spre-ntristare; dar, mai târziu, celor ce-au fost încercaţi prin ea le pune-nainte roada cea paşnică a dreptăţii. (TF) 2 Corinteni, 1, 3-4: Binecuvântat este Dumnezeul şi Tatăl Domnului nostru Iisus Hristos, Părintele Îndurărilor şi Dumnezeul a toată mângâierea. Cel ce ne mângâie pe noi în tot necazul nostru, pentru ca pe cei ce se află în tot necazul să îi putem şi noi mângâia prin mângâierea cu care noi înşine suntem mângâiaţi de Dumnezeu. (TF) Romani, 8, 18: Într-adevăr, eu socotesc că suferinţele din vremea de acum nu au nici un preţ faţă de mărirea care ni se va descoperi. (TF) Filipeni, 4, 6-7: De nimic nu vă îngrijoraţi, ci întru totul faceţi-i cunoscute lui Dumnezeu cererile voastre prin rugăciune şi ruga cu mulţumire şi pacea lui Dumnezeu care covârşeşte toată mintea să vă păzească inimile şi cugetele întru Hristos Iisus. (TF)
Autodepreciere/depreciere altora (AD) *versus* acceptare necondiţionată a propriei persoane/altora (AN)	Romani, 5, 8: Dar Dumnezeu îşi arată iubirea faţă de noi prin aceea că Hristos a murit pentru noi, pe când eram încă păcătoşi. (AN) Romani, 3, 28: Căci socotim că prin credinţă se va îndreptăţi omul fără faptele Legii. (AN) Efeseni, 4, 32: Ci fiţi buni între voi, milostivi, iertându-vă unul altuia, aşa cum şi Dumnezeu v-a iertat vouă întru Hristos. (AN) Matei, 5, 43-44: Aţi auzit că s-a spus: Să-l iubeşti pe aproapele tău şi să-l urăşti pe vrăjmaşul tău; dar Eu vă spun: iubiţi pe vrăjmaşii voştri, binecuvântaţi pe cei ce vă blesteamă, faceţi bine celor ce vă urăsc şi rugaţi-vă pentru cei ce vă vatămă şi vă prigonesc. (AN) Matei, 18, 21-22: Atunci Petru, apropiindu-se de El, I-a zis: „Doamne, de câte ori va greşi fratele meu faţă de mine şi eu îi voi ierta? Oare până de şapte ori?". Iisus i-a zis: „Nu-ţi spun că până de şapte ori,

	ci până de şaptezeci de ori câte şapte". (AN) Tit, 3, 4-7: Dar când s-a arătat bunătatea lui Dumnezeu, Mântuitorul nostru, şi iubirea Sa de oameni, El nu din pricina faptelor pe care le-am făcut noi întru dreptate, ci după mila Sa ne-a mântuit prin baia naşterii din nou şi prin înnoirea Duhului Sfânt pe Care din belşug L-a vărsat peste noi prin Iisus Hristos, Mântuitorul nostru, pentru ca, îndreptăţiţi fiind prin harul Său, întru nădejde să devenim moştenitori ai vieţii veşnice. (AN) Efeseni, 2, 1, 4-5: Iar pe voi care eraţi morţi prin greşalele şi prin păcatele voastre…; dar Dumnezeu, bogat fiind în mila pentru multa Sa iubire cu care ne-a iubit pe noi, cei ce eram morţi prin greşalele noastre, ne-a făcut vii împreună cu Hristos (prin har sunteţi mântuiţi)! (AN)
Modicarea filosofiei de viaţă cu impact general asupra persoanei (FV)	2 Corinteni 5, 16-17: Aşadar, de acum înainte noi pe nimeni nu îl mai cunoaştem după trup; chiar dacă L-am cunoscut pe Hrisos după trup, acum nu Îl mai cunoaştem astfel. Prin urmare, dacă este cineva întru Hristos, el e făptura nouă: cele vechi au trecut, iată că toate au devenit noi. (FV)
Emoţii disfuncţionale negative (EDN) *versus* emoţii funcţionale negative (EFN)	2 Corinteni, 7, 9-10: Acum mă bucur nu pentru că v-aţi întristat, ci pentru că v-aţi întristat spre pocăinţă; fiindcă după Dumnezeu v-aţi întristat, pentru ca să nu aveţi nici o pagubă din partea noastră. Căci întristarea cea după Dumnezeu aduce pocăinţa spre mântuire, fără părere de rău; iar întristarea lumii aduce moarte. (EFN)

Rugăciunea

În plus, în actul rugăciunii pot fi implementate cogniţii funcţionale şi raţionale. De exemplu, analizele efectuate asupra rugăciunilor (Dr. Steve Johnson, SUA, preot şi supervizor în terapie cognitiv-comportamentală, comunicare personală) arată că, adesea, în rugăciuni, îi cerem lui Dumnezeu să facă astfel ca lumea să fie aşa cum vrem noi (de exemplu, „…Eu sunt mic, Tu fă-mă mare,/ eu sunt slab,/ Tu fă-mă tare…"). Atunci când se întâmplă ceva care, după noi, omeneşte gândind, nu trebuia să se întâmple, de cele mai multe ori îi cerem lui Dumnezeu să ne ajute să schimbăm acel lucru. Altfel spus, cele mai multe rugăciuni recunosc evenimentul activator, (A) (adversitatea), şi adesea suferinţa asociată acestuia (C); apoi se cere lui Dumnezeu fie să elimine A, fie să elimine C, ignorându-se astfel propria contribuţie la suferinţă (B). Utilizarea raţională a rugăciunilor poate cuprinde însă rugămintea ca Dumnezeu să ne ajute să acceptăm situaţia pe care a îngăduit-o. Unele rugăciuni clasice implică acest lucru (de exemplu, „…Vie împărăţia Ta, facă-se voia Ta…"), dar este important să construim rugăciuni care să se potrivească problemei-ţintă cu care se confruntă pacientul, prin care să înlocuim cogniţiile disfuncţionale şi iraţionale cu cogniţii funcţionale şi raţionale. Secvenţa recomandată în rugăciune în terapia cognitiv-comportamentală este:

– recunoaşte A şi C;
– numeşte cogniţiile disfuncţionale şi/sau iraţionale (B) dintre A şi C;
– numeşte cogniţiile funcţionale şi/sau raţionale care le-ar putea lua locul;
– cere ajutor lui Dumnezeu pentru a-ţi întări cogniţiile funcţionale şi/sau raţionale.

Diferenţa clară dintre utilizarea raţională, respectiv iraţională a unei rugăciuni nu poate fi mai bine exemplificată decât comparând rugăciunea lui Iisus cu cea a lui Iona. Ambii s-au confruntat cu situaţi dificile, pe care nu le doreau (de care se temeau), dar, cognitiv vorbind, în timp ce Iona îşi întăreşte prin rugăciune cogniţiile iraţionale menţinându-şi astfel suferinţa, Iisus îşi dezvoltă cogniţiile raţionale.

Iona	Iona, 4, 1-3: …Lucrul acesta n-a plăcut deloc lui Iona şi s-a mâniat. Şi s-a rugat Domnului, şi a zis: Ah! Doamne, nu este aceasta tocmai ce ziceam eu când eram încă în ţara mea? Tocmai lucrul acesta voiam să-l înlătur… Acum, Doamne, ia-mi viaţa, căci vreau mai bine să mor decât să trăiesc!…
Iisus	Marcu, 14, 35-36: …şi se ruga ca dacă este cu putinţă să treacă de la El ceasul acela/El zicea: „Abba, adică: Tată, Ţie toate lucrurile îţi sunt cu putinţă; depărtează de la Mine paharul acesta! Totuşi, facă-se nu ce voiesc Eu, ci ce voieşti Tu”.

Aşadar textele sacre, în cazul de faţă Biblia şi tradiţia creştină, sunt perfect congruente cu intervenţia cognitiv-comportamentală, dacă sunt corect interpretate. Există însă trei situaţii predispuse la interpretări greşite şi care pot expune la risc această integrare.

Hedonismul

Hedonismul înseamnă căutarea plăcerii. Nu este terapia cognitiv-comportamentală prea individualistă, promovând hedonismul, în timp ce tradiţia creştină promovează comunitatea şi lipsa de egoism? În primul rând, terapia cognitiv-comportamentală nu promovează plăcerea, ci raţionalitatea/funcţionalitatea (de exemplu, emoţii funcţionale şi negative), care este însă adesea asociată cu plăcerea. Dar plăcerea în sine nu este rea; ea poate include la fel de bine bucuria de a face lucruri plăcute lui Dumnezeu. Aşadar nu plăcerea este problematică, ci tipul de plăcere promovat. Hedonismul, în variantă cognitiv-comportamentală, nu este unul individualist şi egoist. El înseamnă acceptarea necondiţionată (fără nepăsare însă) a propriei persoane, a vieţii şi a celorlalţi, aşadar un „hedonism” congruent cu cel promovat de Biblie.

Emoţiile disfuncţionale negative

În terapia cognitiv-comportamentală, vinovăţia (*guilt*) este văzută ca o emoţie patologică. Unii creştini ar putea avea o problemă cu acest lucru, căci vinovăţia este o emoţie pe care un creştin adevărat trebuie să o experienţieze atunci când nu respectă cuvântul lui Dumnezeu, o trăire din care poate învăţa. Terapia cognitiv-comportamentală este însă împotriva „vinovăţiei patologice”, care rezultă din cogniţii iraţionale/absolutiste (de exemplu, „Trebuie să nu ies din cuvântul lui Dumnezeu, iar dacă nu reuşesc, atunci sunt fără valoare ca om”). Varianta funcţională – părerea de rău/vinovăţia sănătoasă/remuşcarea (*remorse*) – este perfect congruentă cu spiritul creştin,

rezultând dintr-o gândire raţională (de exemplu, „Fac tot ceea ce este omeneşte posibil să nu ies din cuvântul lui Dumnezeu, iar dacă nu reuşesc, voi încerca şi mai mult, cerând ajutor lui Dumnezeu”).

Stilul preferenţial

Nu cumva stilul preferenţial este incompatibil cu cerinţele clare şi normative ale textelor sacre? Biblia sau orice text sacru sunt texte normative, dar nu absolutiste. Ele arată o cale care poate să fie sau poate să nu fie urmată. Liberul arbitru este fundamental în aproape toate religiile, aşa că prescripţiile unor texte sacre nu sunt absolutiste, ci flexibile, ele trebuind să fie urmate doar dacă înainte decidem liberi că dorim să le urmăm (vezi şi discuţia din subcapitolul 2.2).

(f) *Tehnici umoristice şi ironice*

Umorul şi ironia (înţelegând aici şi autoironia), incluzând uneori chiar limbajul mai colorat, sunt vehicule importante ale schimbării cogniţiilor disfuncţionale şi iraţionale. Primul terapeut care a implementat sistematic aceste proceduri a fost Albert Ellis – pentru cântecele sale raţional-umoristice (*rational humorous songs*), vezi la http://web.utk.edu/~thompson/songs.html, devenind faimos dincolo de comunitatea profesională (de exemplu, în New York, OffBroadway, piesa *Trumbo* face referire la el). Utilizarea lor eficientă ţine însă de o expertiză şi experienţă adecvate şi de un tip mai sofisticat de pacient. Implementate corect, ele pot eficientiza şi dinamiza procesul terapeutic; implementate inadecvat sau în momente nepotrivite, ele pot afecta negativ demersul terapeutic. Nu recomandăm utilizarea lor de terapeuţi novici, ci doar de terapeuţi cu experienţă care, prin astfel de proceduri bine folosite, pot reduce timpul necesar atingerii unor obiective prin tehnici mai clasice.

◊ EXEMPLUL 1

Prezentăm în continuare, în limba engleză, câteva exemple de cântece raţional-umoristice, după Albert Ellis; el este autorul versurilor, muzica aparţinând unor compoziţii deja celebre, pentru a facilita receptarea mesajului cântecului. Un CD cu aceste cântece raţional-umoristice poate fi comandat la Asociaţia Română de Psihoterapii Cognitive şi Comportamentale (http://www.psychotherapy.ro). Rolul lor este acela de a promova un stil de gândire funcţional/raţional şi de a scoate în evidenţă într-o manieră umoristică „penibilitatea” unui stil de gândire disfuncţional/iraţional. Primul cântec ilustrează într-o manieră ironică consecinţele lipsei de toleranţă la frustrare; cel de-al doilea – faptul că stilul absolutist este penibil, atât în sensul de iraţionalitate absolută, cât şi în sensul de raţionalitate absolută; esenţa raţionalităţii este chiar flexibilitatea! O raţionalitate absolută şi rigidă este deja iraţionalitate. Cel de-al treilea cântec exemplifică absurditatea cerinţelor absolutiste şi a lipsei de toleranţă la frustrare.

WHINE, WHINE, WHINE!
(Yale Whiffenpoof Song by Guy Scull a Harvard Man)

I cannot have all of my wishes filled
Whine, whine, whine!

I cannot have every frustration stilled
Whine, whine, whine!
Life really owes me the things that I miss,
Fate has to grant me eternal bliss!
And since I must settle for less than this
Whine, whine, whine!

PERFECT RATIONALITY (Funiculi, Funicula by Luigi Denza)

Some think the world must have a right direction,
And so do I! And so do I!
Some think that, with the slightest imperfection,
They can't get by and so do I!
For I, I have to prove I'm superhuman,
And better far than people are!
To show I have miraculous acumen
And always rate among the Great!
Perfect, perfect rationality
Is, of course, the only thing for me!
How can I ever think of being
If I must live fallibly?
Rationality must be a perfect thing for me!

LOVE ME, LOVE ME, ONLY ME! (Yankee Doodle)

Love me, love me, only me,
or I'll die without you! Make your love a guarantee,
so I can never doubt you! Love me,
love me totally really,
really try, dear; But if you demand love, too,
I'll hate you till I die, dear! Love me, love me all the time,
thoroughly and wholly! Life turns into slushy slime
less you love me solely! Love me with great tenderness,
with no ifs or buts, dear: For if you love me somewhat less,
I'll hate your goddamned guts, dear!

◊ EXEMPLUL 2 (IRONIE)

Pacient: Dacă eu am fost corect cu el, şi el trebuie să fie corect cu mine!
Terapeut: Înţeleg ce spui; aşa crezi că ar fi drept şi corect. Iar când ceea ce tu crezi că ar trebui să se întâmple nu se întâmplă, apare starea de furie şi agresivitatea.

Pacient: Exact.
Terapeut: Ascultându-te, mă simt atât de mic. Pari un super-Dumnezeu!
Pacient: Adică…?
Terapeut: Păi nici Dumnezeu nu a reuşit ceea ce crezi tu că trebuie să se întâmple. Îmi amintesc că El a fost corect cu oamenii, dar aceştia nu au fost mereu corecţi cu El! Dar probabil că tu vei putea face ca acest lucru să se întâmple! În plus, este cam întuneric afară. Ai putea, cu un cuvânt, să faci să fie mai multă lumină?… Spune doar să fie lumină şi va fi!
Pacient: (Râde.) Am înţeles mesajul… Aveţi dreptate! Iar am uitat că, dacă îmi doresc ceva foarte mult, nu înseamnă că şi trebuie să se întâmple!

◊ EXEMPLUL 3 (UMOR)

Filmul de comedie *Seinfeld* a redat, prin personajul George, omul nevrotic, cu gândire tipic disfuncţională/iraţională. George era pus în diverse situaţii în care se exprima acest stil de gândire, ceea ce îi poate ajuta pe pacienţii cu un pattern similar să-l vadă într-o manieră comică, eliberându-se de povara lui. Redăm cu aproximaţie un astfel de dialog:
George (foarte agitat, după ce a văzut o femeie frumoasă): Trebuie s-o fac să vorbească cu mine!
Jerry: Renunţă, nici nu se va uita la tine!
George: Trebuie s-o fac să mă asculte!
Jerry: Chiar crezi că te va băga în seamă?
George (tot mai agitat): Nu cred, Jerry, ştiu! Cu siguranţă va face asta! Trebuie să o facă! Trebuie!

◊ EXEMPLUL 4 (UMOR ŞI IRONIE)

Pacient: Când am starea de panică, mă gândesc că voi muri.
Terapeut (repetând un aforism al lui Blaga): Îmi închipui că a muri este un lucru aşa de greu, că fiecare mort ar trebui felicitat pentru această ispravă!

◊ EXEMPLUL 5

Albert Ellis este cunoscut pentru utilizarea în cadrul psihoterapiei a unor cuvinte neacademice, precum *shit*, *hell*, *fuck*, care ar lua la noi forma de „naşpa", „rahat", „la dracu" etc. El argumentează că aceste cuvinte sunt cele utilizate de pacient în viaţa de zi cu zi când se confruntă cu problemele sale; utilizându-le la rândul lui, ele facilitează pacientului înţelegerea demersului terapeutic şi relaţia terapeutică. Într-adevăr, deşi cei mai mulţi profesionişti sunt critici la adresa utilizării acestor termeni, considerând că pacientul este ofensat, studiile arată că, dimpotrivă, ele pot facilitata demersul terapeutic, pacienţii primindu-le favorabil. Evident, utilizarea lor trebuie să vizeze doar pacienţii care le utilizează şi ei, altfel, într-adevăr, pacientul poate fi ofensat.

(g) *Tehnica imageriei emotive*

Aceste tehnici restructurează cogniţiile prin expunerea *in vitro* la diverse situaţii (de exemplu, în imaginar). Deşi situaţiile sunt imaginare, ele simulează evenimente concrete de viaţă şi duc la schimbări eficiente în gândire, care apoi se generalizează la viaţa cotidiană. Procedura este similară tratamentelor medicale: deşi un transplant de cord se face în laborator/sala de operaţii, acesta funcţionează apoi în viaţa de zi cu zi. Similar, deşi cogniţiile funcţionale şi raţionale sunt dobândite prin expunere la situaţii de laborator, ele ajung să funcţioneze în viaţa cotidiană.

◊ EXEMPLUL 1

Terapeut: Imaginează-ţi cât mai clar situaţia în care nu te-au tratat corect. Repetă gândul pe care l-ai avut atunci: „Trebuie să mă trateze corect, altfel nu pot suporta acest lucru”. Observă atent starea de furie pe care o experienţiezi ca urmare a acestui gând. Cât de intensă este, pe o scală de la 1, foarte slabă, la 10, foarte intensă?
Pacient: Opt.
Terapeut: Bun. Acum înlocuieşte acest gând cu cel raţional pe care l-am convenit: „Deşi mi-ar plăcea să o facă, oamenii nu se comportă întotdeauna corect; nu îmi este uşor, dar pot tolera situaţia şi pot încerca să caut o modalitate de a le comunica nemulţumirea mea”. Repetă-l de mai multe ori în timp ce îţi imaginezi situaţia în care te-au tratat incorect. Ce simţi acum?
Pacient: O stare de nemulţumire (furie mai puţin intensă).
Terapeut: Cât de intensă este?
Pacient: Cinci.

Această tehnică poate fi utilizată şi pentru evenimente noi, anticipate ca urmând să aibă loc; în acest caz, cu ajutorul ei, terapeutul antrenează pacientul pentru situaţiile respective. Mai mult, utilizarea cogniţiilor funcţionale şi/sau raţionale în această formă (prin repetare în limbaj intern înainte şi/sau în timpul situaţiei), dar în situaţii concrete de viaţă, are rol de coping (de „pilulă psihologică”), facilitând adaptarea subiectului. Adesea, astfel de formulări raţionale (pentru situaţii specifice sau cu caracter general) pot fi scrise pe bilete-amorsă, purtate de pacient la el şi citite înainte de a se confrunta cu situaţia-problemă.

◊ EXEMPLUL 2

Terapeut: Imaginează-ţi cât mai clar situaţia în care nu te-au tratat corect. Repetă gândul pe care l-ai avut atunci: „Trebuie să mă trateze corect, altfel nu pot suporta acest lucru”. Observă atent starea de furie pe care o trăieşti ca urmare a acestui gând. Cât de intensă este, pe o scală de la 1, foarte slabă, la 10, foarte intensă?
Pacient: Opt.
Terapeut: Bun. Acum încearcă să schimbi această emoţie disfuncţională în una negativă, căci nu îţi place să fii tratat aşa, dar funcţională. Ai reuşit?
Pacient: Da.
Terapeut: Ce simţi acum şi cât de intensă este emoţia?
Pacient: Nemulţumire, cam de şase.
Terapeut: Cum ai reuşit acest lucru?
Pacient: Mi-am spus: „Deşi mi-ar plăcea să o facă, oamenii nu se comportă întotdeauna corect; nu îmi este uşor, dar pot tolera situaţia şi pot încerca să caut o soluţie de a le comunica nemulţumirea mea”.
Terapeut: Foarte bine.

În acest exemplu, schimbarea cogniţiilor se face testând în acelaşi timp şi dacă pacientul a înţeles demersul corect; aceasta îl va ajuta să prevină recăderile şi să se confrunte cu situaţii stresante neaşteptate. Dacă pacientul ar fi răspuns că a reuşit să schimbe furia în nemulţumire/furie mai puţin intensă prin faptul că: (1) „M-am gândit la altceva”; (2) „Mi-am spus că sunt nişte proşti”; (3) „Mi-am imaginat că vor muri”; (4) „Mi-am imaginat că mă tratează corect” etc., ar fi însemnat că nu a înţeles conceptualizarea cognitivă, situaţie în care revenim asupra ei. Toate aceste soluţii sunt *feeling better* (tratament simptomatic), focalizate pe schimbarea situaţiei practice (A), în timp ce pacientul nostru păstrează ideea iraţională (factor de recădere şi recurenţă) „Trebuie să

mă trateze corect, altfel nu pot suporta”.

(h) *Tehnica experimentelor comportamentale*

Tehnica presupune prescrierea unor diverse sarcini comportamentale, ca test pentru cogniţiile pacientului şi apoi pentru asimilarea cogniţiilor funcţionale/raţionale. Altfel spus, tehnicile comportamentale sunt utilizate ca tehnici de restructurare cognitivă.

◊ EXEMPLUL 1

Terapeut: Spui că tu crezi că nimănui din familie nu-i pasă de tine. Cum crezi că am putea verifica dacă acest lucru este într-adevăr corect?
Pacient: Ştiu eu…
Terapeut: Spuneai că te-ai înţeles cu soţia să te aştepte când ieşi de aici, de la spital.
Pacient: Da, aşa este.
Terapeut: Ar putea acesta fi un test?
Pacient: Într-un fel…
Terapeut: Dacă te aşteaptă, atunci…

Dacă gândurile sunt absolutiste (de exemplu, „trebuie”, „oricând”, „mereu”, „de fiecare dată”, „toţi” etc.), probabilitatea ca ele să fie infirmate prin experimente comportamentale inteligent gândite este foarte mare. S-ar putea însă ca, uneori, o cogniţie cu rol etiopatogenetic (de exemplu, „Familia nu mă suportă”) să fie confirmată de experimentele comportamentale. Ce facem atunci? În principiu, avem trei posibilităţi:

(1) încercăm să o înlocuim apelând la tehnici pragmatice (de exemplu, „Nu îţi foloseşte să te tot gândeşti la asta”). De exemplu, îl putem învăţa pe pacient o alternativă mai puţin încărcată afectiv, reformulând (de exemplu, „Nu ne înţelegem; vom încerca să căutăm o cale de înţelegere, dar, dacă nu găsim, asta este viaţa, fiecare cu drumul său”), iar apoi încercăm să îl ajutăm să se adapteze la situaţia care nu poate fi schimbată (chiar şi prin tehnici de inoculare a stresului – vezi mai jos);
(2) încercăm, prin distragere, să reducem frecvenţa acestei cogniţii, implicându-l în activităţi care îi produc stări afective pozitive (efectul este benefic doar pe termen scurt, până se găseşte o soluţie mai bună – de exemplu, schimbarea evaluării ei);
(3) restructurăm cogniţiile evaluative asociate ei (de exemplu, „Trebuie să mă iubească, este groaznic că nu mă suportă; sunt fără valoare ca om dacă nu mă suportă; nu mă mai pot bucura de viaţă” etc.).

◊ EXEMPLUL 2 (*SHAME-ATTACKING EXERCISE*/EXERCIŢIUL DE ATAC AL RUŞINII)

În această variantă se cere subiectului să execute un comportament prin care se expune la un risc controlat şi prin care se face de râs în public. De exemplu: (1) să salute toate doamnele de pe stradă; (2) să cânte cu voce tare în autobuz; (3) să dea mâna cu toată lumea din autobuz etc. El învaţă astfel să-şi asume şi să se expună la riscuri. Evident că este foarte important ca, înainte de implementare, şi noi, şi el să ne asigurăm că integritatea sa fizică nu este expusă la risc! Prin astfel de proceduri se flexibilizează stilul cognitiv marcat de o gândire rigidă, absolutistă, exprimat comportamental prin perfecţionism nevrotic, iar emoţional prin teama constantă de evaluarea celorlalţi.

◊ EXEMPLUL 3 (TEHNICI DE DISTRAGERE ATENŢIONALĂ)

Sunt utilizate pentru a decentra resursele atenţionale care susţin catastrofarea. De exemplu, dacă la debutul unui atac de panică pacientul se orientează asupra unor sarcini comportamentale (sună un prieten) şi/sau cognitive (numără obiectele din cameră), atunci cogniţia catastrofică poate să fie blocată; în acest fel, nu doar că se împiedică apariţia atacului de panică, ci pacientul este şi educat asupra relaţiei dintre B şi C.

◊ EXEMPLUL 4

Există diverse sarcini care pot favoriza asimilarea unor structuri cognitive funcţionale/raţionale. De exemplu, procedurile de dezvoltare a memoriei şi/sau a atenţiei cu inspiraţie din psihologia cognitivă (Eysenck şi Keane, 2000) sunt proceduri care fac parte din categoria experimentelor comportamentale prin care vizăm dezvoltarea unor structuri cognitive.

(i) *Tehnici de acceptare*

Se bazează mai ales pe dezvoltările mai recente din *Acceptance and Commitment Therapy* (pentru detalii, vezi Hayes, 2002, 2004). Ideea fundamentaă este că nu trebuie schimbat conţinutul cogniţiei, al unui gând, ci trebuie schimbată funcţia acestuia. În acest sens, frecvenţa unui gând iraţional poate rămâne aceeaşi, dar „credinţa" în el este redusă, ceea ce face ca acest gând să nu mai aibă consecinţele emoţionale şi comportamentale negative, subiectul putând asuma comportamente adaptative conform unor valori personale. În acest scop se angajează un spectru larg de tehnici, precum: (1) tehnici de detaşare/distanţare (*defusion*) (de exemplu, observarea gândului disfuncţional), (2) tehnici meditative de focalizare în prezent (*mindfulness*) (de exemplu, meditaţie, experienţierea prezentului), (3) tehnici de acceptare (*acceptance*) (de exemplu, reducerea tendinţei de evitare a unui gând disfuncţional) şi (4) tehnici de contextualizare (*self as context*) (de exemplu, înţelegerea faptului că sinele este contextul în care apar gândurile noastre, fără a se reduce la ele), care generează flexibilitate psihologică (similară celei din terapia raţional-emotivă şi comportamentală a lui Albert Ellis), opusă unui stil absolutist. Ulterior (sau simultan) realizării flexibilităţii psihologice se angajează un comportament adaptativ, ghidat de valorile pacientului. Deşi aceste tehnici par să fie eficiente, nu ştim încă foarte clar mecanismele lor de acţiune. Noi credem că tehnicile de acceptare se adresează mai ales descrierilor şi inferenţelor, ele schimbând (restructurând) practic, implicit şi poate indirect, evaluările clienţilor. Mai mult, chiar descrierile şi inferenţele îşi schimbă adesea nu doar funcţia, ci şi frecvenţa de apariţie. Toate aceste lucruri sunt în acest moment investigate experimental, astfel că vom avea un răspuns privind

mecanismele de acţiune ale acestor tehnici în anii care urmează.

(j) *Tehnici adiţionale*

Tehnicile de desen, joc etc. sunt proceduri care pot modifica cogniţii, mai ales dacă subiecţii sunt copii şi/sau au dificultăţi de exprimare verbală. În principiu, orice activitate şi/sau orice experienţă de viaţă şi/sau terapeutică care se înscriu în cadrul deontologiei profesionale pot fi utilizate ca tehnici de modificare a cogniţiilor.

◊ EXEMPLU

În unele cazuri, *terapia asistată de animale* este utilă în restructurarea cognitivă. De exemplu, interacţiunile şi relaţiile cu animalele pot flexibiliza serios gândirea absolutistă; astfel, se pot prescrie patternuri emoţionale şi comportamentale care antrenează gândirea funcţională/raţională (de exemplu, acceptare, toleranţă la frustrare). În plus, interacţiunea cu animalele poate duce la exprimarea unor stări afective şi patternuri cognitiv-comportamentale cu valoare diagnostică şi/sau de reabilitare.

Concluzii

(1) Există un spectru extrem de larg de tehnici utile pentru modificarea gândurilor automate. Numai imaginaţia, datele ştiinţifice şi deontologia profesională ne limitează în a găsi şi alte modalităţi de reliefare a acestora.

(2) Aşa cum am spus, ca urmare a noilor dezvoltări teoretico-metodologice, aceste tehnici de restructurare cognitivă pot fi aplicate şi în cazul tulburărilor de tip psihotic. Ele se aplică atunci când medicaţia nu este disponibilă şi/sau când simptomele psihotice sunt rezistente la medicaţie (nu răspund la tratament şi/sau rămân ca simptome reziduale).

În cazul delirului, conceptualizat ca un B în modelul ABC cognitiv, tehnicile descrise mai sus se aplică pornind de la restructurarea consecinţelor ideilor delirante periferice, apoi a ideilor delirante periferice, apoi a consecinţelor ideilor delirante centrale şi, în final, a ideilor delirante centrale. Maniera de restructurare trebuie să fie mai nondirectivă decât în cazul pacienţilor cu patologie de tip nevrotic sau cu probleme subclinice, folosind în primul rând tehnici empirice şi pragmatice.

◊ EXEMPLU

Terapeut: Şi cum ai spus că vin piticii aceia?
Pacient: Nava spaţială îi aduce.
Terapeut: Şi unde aterizează?
Pacient: Aici (arată) pe balcon.
Terapeut: Înţeleg. Şi ce fac apoi?
Pacient: Vin cu maşinile şi tancurile să mă răpească.
Terapeut: De unde au maşinile acestea?

Pacient: Le aduc cu ei, cu nava.
Terapeut: Trebuie să fie încăpătoare nava aceasta.
Pacient: Da, este mare.
Terapeut: Mă întreb atunci cum încape aici, pe balconul acesta mic?
Pacient: (Încurcat, tace.)
Terapeut: Lasă că mai vorbim noi despre asta; poate numai ţi s-a părut…

În cazul halucinaţiilor, teoria cognitivă arată că halucinaţiile auditive apar ca urmare a procesului de atribuire greşită a limbajului intern; în loc să-şi atribuie limbajul intern, pacientul îl asignează altor persoane (reale sau imaginare) ori lucruri (reale sau imaginare). În acest caz, modificarea halucinaţiilor se face prin:

(a) Tehnici cognitive. O primă categorie de tehnici cognitive încearcă să reorienteze în mod corect stilul atribuţional. De exemplu, subiectul care aude o voce spunându-i „Mîine va ploua" este pus să repete formule ca „…Eu cred că mâine va ploua" sau terapeutul repetă aceste formule. În a doua categorie intră tehnicile care modifică cogniţiile asociate halucinaţiilor; în acest caz, halucinaţiile sunt conceptualizate ca evenimente activatoare (A) în cadrul modelului ABC. Aşadar nu prezenţa halucinaţiilor determină reacţiile comportamentale şi emoţionale la ele (la urma urmei, peste 70% din populaţie are, în decursul vieţii, cel puţin un episod halucinatoriu), ci interpretările (cogniţiile descriptive, inferenţiale şi evaluative) pe care le facem. Modificarea lor prin tehnici de restructurare cognitivă duce la remiterea halucinaţiilor.
(b) Experimente comportamentale. Din moment ce halucinaţiile reprezintă o atribuire eronată a limbajului intern, înseamnă că, dacă blocăm limbajul intern prin diverse proceduri, ele se vor diminua. Într-adevăr, dacă subiectul citeşte cu voce tare un text, dacă recită ceva, dacă ascultă muzică etc., toate aceste activităţi interferează cu limbajul intern asociat halucinaţiilor, astfel că ele se reduc.
(c) După modificarea gândurilor automate, unii pacienţi afirmă că „au înţeles", dar „nu simt" (naturale) cogniţiile funcţionale/raţionale. Acest lucru înseamnă că, deşi procesul de restructurare a început, ei încă nu cred cu adevărat în valoarea funcţională şi de adevăr a noilor cogniţii. Ele trebuie întărite prin prescripţii cognitiv-comportamentale (teme între şedinţele terapeutice), care să le confirme şi să le accentueze utilitatea şi/sau valoarea de adevăr.

7.2.1.3. Etapa 3: tehnici de control al contaminării psihologice

Aceste tehnici au fost elaborate de autorul lucrării de faţă şi reprezintă o contribuţie la dezvoltarea terapiei cognitiv-comportamentale. Ele au fost dezvoltate şi testate în ţară şi publicate la nivel

naţional (David, 2000) şi internaţional (David *et al.*, 2005a). Fiind relativ noi, nu fac încă parte din tratatele de specialitate în domeniu, dar rezultatele obţinute, apărute în reviste de prestigiu la nivel internaţional, arată că ele eficientizează procesul de restructurare cognitivă. Altfel spus, tehnicile cognitiv-comportamentale descrise în continuare sunt expresia unor cercetări teoretice de laborator. Ele au o considerabilă eficienţă practică, probată experimental (David, 2000; David *et al.*, 2005a) şi în practica clinică a autorului. Primele rezultate, obţinute în cadrul unui program amplu de cercetare a fundamentării teoretice ce stă la baza lor şi a eficienţei clinice a acestora în comparaţie cu tratamentele clasice, utilizând designuri experimentale riguroase cu un singur subiect şi/sau designuri multifactoriale, susţin afirmaţia că, integrate tratamentelor cognitiv-comportamentale clasice, ele sporesc semnificativ eficienţa acestora (David, 2000). Aplicarea lor în terapie se face în momentul când subiectul conştientizează caracterul disfuncţional şi iraţional al cogniţiilor sale anterioare şi îl pregătim pentru asimilarea unui stil cognitiv funcţional şi raţional. Să le analizăm în continuare.

Informaţia falsă este o prezenţă ubicuă în viaţa noastră. Impactul ei asupra prelucrărilor informaţionale duce la comportamente dezaptative. Deşi declarăm în mod conştient că o informaţie-ţintă falsă nu ne va influenţa comportamentul, cercetările arată că aceasta ne distorsionează deciziile şi comportamentul prin mecanisme inconştiente, implicite, care violează hotărârile conştiente şi voluntare anterioare (Johnson, 1994). Se ajunge astfel la decizii eronate şi comportamente dezadaptative. Acesta este fenomenul de contaminare psihologică. În consecinţă, elaborarea unor tehnici de blocare a influenţei informaţiei false asupra răspunsurilor noastre are o relevanţă pragmatică evidentă.

Tehnicile cognitiv-comportamentale de restructurare a prelucrărilor informaţionale disfuncţionale şi/sau iraţionale au rolul (a) de a identifica cogniţiile disfuncţionale şi/sau iraţionale care susţin simptomul şi (b) de a le neutraliza şi înlocui cu cogniţii funcţionale şi/sau raţionale ce susţin răspunsuri adaptative. Problema apare atunci când, deşi subiectul recunoaşte caracterul eronat şi/sau disfuncţional al cogniţiilor sale, ele continuă să-i influenţeze comportamentul şi deciziile prin mecanisme inconştiente implicite (Johnson, 1994; Lewicki, 1986). Aceasta duce la dificultăţi în asimilarea cogniţiilor funcţionale şi/sau raţionale, precum şi la menţinerea simptomatologiei. Este evidentă deci necesitatea elaborării unor tehnici cognitiv-comportamentale de blocare a influenţei informaţiei false asupra comportamentului.

După cum am mai arătat, în ştiinţa modernă, orice aplicaţie practică de anvergură este precedată de o cercetare fundamentală riguroasă, exprimată într-un nucleu de date teoretico-experimentale cu valenţe euristice. Cercetările noastre anterioare asupra memoriei implicite şi asupra uitării intenţionate (David, 1996), coroborate cu date din literatura de specialitate (Jacoby, 1991; Johnson, 1994) s-au concretizat în următorul nucleu de rezultate experimentale:

– informaţia falsă referitoare, de exemplu, la o persoană X sau la un eveniment este de cele mai multe ori interconectată în memorie cu informaţia adevărată referitoare la persoana sau evenimentul respectiv, formând o schemă cognitivă comună;
– amorsarea informaţiei adevărate activează şi informaţia falsă cu care aceasta este interconectată, putând astfel genera decizii şi evaluări eronate;
– cu cât cantitatea de informaţie falsă este mai mare, cu atât impactul ei asupra comportamentului este mai probabil. Altfel spus, dacă vrei să manipulezi pe cineva, oferă-i cât mai multă informaţie falsă, fără să-ţi pui problema faptului că el ştie că e falsă; aceasta se va exprima în comportamentul implicit, inconştient.

Influenţa informaţiei false poate fi blocată prin: (a) conştientizarea influenţei pe care ea o are asupra comportamentului şi prin (b) inhibarea sau dezactivarea acesteia.

Pornind de la acest nucleu de rezultate teoretico-experimentale, am elaborat o serie de tehnici cognitiv-comportamentale de blocare a influenţei informaţiei false sau dezadaptative asupra comportamentului, pe care le prezentăm într-o formă schematică (pentru detalii, vezi David, 2000; David *et al.*, 2005a).

(a) *Tehnica anticipării raţionale*

Prin această tehnică se încearcă anticiparea influenţelor pe care informaţia falsă le-ar putea avea asupra comportamentului nostru. Odată conştientizate, aceste influenţe pot fi blocate. Astfel spus, influenţa inconştientă este conştientizată şi, ca urmare, evitată. Această tehnică se aplică cu succes în psihoterapie, unde cogniţiile disfuncţionale şi/sau iraţionale şi posibilul lor impact inconştient asupra răspunsurilor noastre pot fi circumscrise relativ precis în şedinţe (sau părţi ale acestora) special dedicate acestui obiectiv.

◊ EXEMPLU

Terapeut: Acum îmi spui că eşti convins de faptul că viaţa merită trăită, deşi în urmă cu câteva săptămâni susţineai contrariul.
Pacient: Acum văd lucrurile altfel.
Terapeut: Presupunând că nu ţi-ai fi schimbat perspectiva, cum te-ai fi comportat astăzi?
Pacient: (Pacientul împreună cu terapeutul discută/anticipează aceste comportamente pentru situaţia prezentă şi pentru situaţii ipotetice viitoare; odată conştientizate, aceste comportamente pot fi prevenite.)

(b) *Tehnica restructurării globale (mai indicată sub hipnoză şi/sau imagistic)*

Se bazează pe cercetări riguroase realizate în ultimii ani asupra uitării intenţionate specifice şi globale (Johnson, 1994).

În acest caz, se cere pacienţilor sau clienţilor, de exemplu, să uite intenţionat întreaga

informaţie cu privire la o persoană X sau cu privire la propria persoană, adică atât informaţia falsă, cât şi informaţia adevărată. Ca urmare a acestei instrucţiuni, schema cognitivă referitoare la persoana în cauză va fi inhibată. Apoi, se oferă/se ia în considerare din nou doar informaţia adevărată despre persoana X/propria persoană, creându-se astfel o reprezentare cognitivă nouă, care conţine doar informaţie adevărată şi care va putea susţine decizii şi evaluări corecte; este indicat ca această etapă să se desfăşoare sub hipnoză sau pe un fond de relaxare.

◊ EXEMPLU

(în etapele finale ale terapiei)

Terapeut: Rezumând discuţiile noastre din şedinţele anterioare, hai să reconstruim propria ta imagine şi personalitate, punând la un loc descrierile pe care ţi le-ai făcut pe parcursul şedinţelor avute.
Pacient: (Pacientul trece în revistă împreună cu terapeutul descrierile făcute, atât cele pozitive, cât şi cele negative.)
Terapeut: Acum vreau să-ţi propun următorul exerciţiu imagistic: hai să zicem (imaginăm) că le uităm pe toate, ca şi cum nu ar fi existat. Le uiţi. (Pauză.) Şi acum să reconstruim propria-ţi imagine doar din atributele corecte. O imagine nouă, un om nou. (Terapeutul şi pacientul reiau şi analizează doar atributele corecte şi pozitive; pacientul le repetă pe fiecare de mai multe ori.)

(c) *Tehnica informaţiilor alternative şi incompatibile*

În acest caz, pentru a evita influenţa informaţiilor false asupra comportamentului, subiectului i se dă instrucţiunea de uitare intenţionată specifică cu referire la această informaţie, dublată de oferirea unor informaţii adevărate şi incompatibile cu informaţia falsă. Informaţia alternativă şi incompatibilă va inhiba, prin inhibiţie laterală, informaţia falsă, blocând astfel impactul acesteia asupra comportamentului subiectului.

◊ EXEMPLU

Pacient: Nu mă pot concentra deloc, absolut la nimic.
Terapeut: Cum crezi că am putea verifica lucrul acesta?
Pacient: Ştiu eu? Poate încercând să citesc ceva.
Terapeut: Bine, uite, aici am un ziar de azi. Ce subiect preferi să citeşti de obicei?
Pacient: Îmi plac secţiunile economice.
Terapeut: Uite, aici este un articol despre inflaţie. Crezi că vei reuşi să citeşti ceva din el?
Pacient: Nu cred, mi-e greu să mă concentrez… sau poate primele rânduri.
Terapeut: Bine, hai să încercăm. Citeşte până când simţi că nu te mai poţi concentra deloc asupra articolului.
Pacient: (Citeşte întregul articol.) Am terminat.
Terapeut: Cât ai citit?
Pacient: Am citit întregul articol.
Terapeut: Înainte spuneai că nu te poţi concentra deloc la nimic. Cum crezi că stau lucrurile?
Pacient: Bine, am exagerat puţin. De fapt, nu reuşesc să mă concentrez la fel de bine ca înainte.
Terapeut: Cred că ai dreptate şi, pornind de la abilităţile de concentrare pe care le ai, vom îmbunătăţi capacitatea ta de concentrare. Altfel spus, este fals că nu te poţi concentra absolut deloc. În anumite situaţii, când eşti suficient de interesat şi odihnit, te concentrezi perfect pe termen scurt. Deci, în anumite condiţii, te concentrezi foarte bine.

7.2.1.4. Etapa 4: tehnici de identificare şi modificare a structurilor cognitive generale disfuncţionale şi/sau iraţionale

Structurile cognitive generale disfuncţionale şi/sau iraţionale sunt cele care generează structuri locale disfuncţionale şi/sau iraţionale în situaţii specifice. Ele se referă la cogniţii centrale, intermediare şi evaluative şi constituie structuri de personalitate şi filosofii de viaţă ale pacientului, fiind învăţate pe parcursul dezvoltării ontogenetice, cu accent (neexclusiv însă) asupra relaţiilor cu persoanele semnificative din prima copilărie. Adesea sunt tacite, conştientizarea lor fiind dificilă. Identificarea structurilor cognitive generale se face în ultimele etape ale terapiei, printr-un demers de generalizare inductivă, pornind de la gândurile automate identificate până atunci şi situaţiile în care acestea apar. Pentru a ajunge la structurile profunde, utilizăm tehnicile deja discutate şi exemplificate în subcapitolul 2.2: tehnica interviului inferenţial (*inference chaining*) şi tehnica analizei conceptuale (*downward arrow technique*). Altfel spus, pornim de la gânduri automate, identificate anterior, şi ajungem treptat la structurile profunde de personalitate şi filosofia de viaţă (cogniţiile descriptive, inferenţiale şi evaluative generale). Evident că, odată formulată concluzia prin inducţie, ea este verificată cu pacientul în cursul interviului, putându-se modifica şi aproxima pe măsură ce culegem mai multe date clinice.

◊ EXEMPLU

Gândurile automate: „Nu voi reuşi”, „Vor râde de mine”, „Vor avea rezultate mai bune decât mine” etc. sugerează, coroborate cu datele culese în etapele de diagnostic şi evaluare clinică, (1) cogniţii centrale asociate cu „neajutorarea”, (2) cogniţii intermediare de tip (a) atitudini: „Este rău să fii neajutorat”, (b) asumpţii pozitive compensatorii: „Dacă nu mă implic în sarcini, nu vor vedea că sunt neajutorat”, (c) asumpţii negative: „Dacă mă implic în sarcini, vor vedea că sunt neajutorat”, (d) reguli compensatorii: „Evit să mă implic în sarcini” şi (3) cogniţii evaluative generale: „Trebuie să reuşesc, altfel este catastrofal şi se va vedea că sunt un prost”. Dacă pacientul le consideră eronate, se aplică în continuare tehnicile descrise la etapa 3. Dacă le consideră adevărate, trebuie realizată restructurarea lor. Modificarea acestor structuri cognitive generale disfuncţionale şi/sau iraţionale conştiente se face prin aceleaşi tehnici ca şi în cazul structurilor cognitive locale disfuncţionale şi/sau iraţionale (vezi etapa 2). Oricum, modificarea lor este facilitată deja de restructurarea anterioară a gândurilor automate care sunt expresia lor.

7.2.1.5. Etapa 5: tehnici de identificare şi modificare a structurilor cognitive inconştiente

Neputând fi conştientizate şi verbalizate, aceste structuri cognitive disfuncţionale şi/sau iraţionale nu pot fi identificate şi modificate direct. Ele pot fi însă modificate indirect, prin schimbarea outputurilor lor comportamentale şi psihofiziologice/biologice. Astfel, tehnicile de intervenţie la nivel comportamental (de exemplu, tehnicile operante) şi tehnicile de intervenţie la nivel biologic

(de exemplu, expunerea/*flooding*, relaxarea) modifică indirect conţinutul prelucrărilor informaţionale inconştiente.

Cercetările recente din psihologia cognitivă (Anderson, 2000) sugerează un posibil algoritm pentru intervenţia directă asupra structurilor cognitive inconştiente disfuncţionale şi/sau iraţionale:

(1) analiza atentă a inputului – a evenimentelor activatoare de tip situaţie externă şi/sau situaţie subiectivă care determină răspunsurile subiectului;
(2) analiza atentă a outputului comportamental, psihofiziologic/biologic şi afectiv-emoţional/subiectiv al structurilor cognitive inconştiente;
(3) analiza detaliată a relaţiei dintre (1) şi (2), indicată chiar în situaţii ecologice;
(4) inferarea structurilor cognitive inconştiente care mediază relaţia dintre (1) şi (2) (nu este o etapă obligatorie);
(5) modificarea structurilor cognitive identificate la punctul (4):
   – tehnici de modificare identice cu cele prezentate în cazul structurilor cognitive conştiente, dacă pacientul acceptă inferenţa propusă;
   – proceduri de bombardament subliminal (vezi mai jos);
   – proceduri de modificare comportamentală (vezi mai jos).

7.2.2. Procedurile rezolvării de probleme şi antrenamentului asertiv

Aceste proceduri sunt utilizate pentru a modifica şi rezolva situaţiile problematice exterioare individului, la interfaţa cu mediul înconjurător (evenimente activatoare de tip situaţie externă).

Procedura rezolvării de probleme, aşa cum apare ea prototip în literatura de profil şi standard în practica clinică

O problemă bine formulată este pe jumătate rezolvată, în sensul că ea ghidează găsirea soluţiilor adecvate.

Etapele tehnicii rezolvării de probleme sunt (vezi, pentru detalii, Dobson, 2001):

– *identificarea problemei* – Care este problema? Altfel spus, ne interesează definirea stării iniţiale (unde suntem) şi a celei finale (unde vrem să ajungem). După cum spuneam, o problemă bine pusă şi corect identificată este pe jumătate rezolvată, în sensul că ea sugerează locul *unde trebuie să căutăm soluţiile*;

– *stabilirea scopurilor* – Ce urmează să fac, cum doresc să stea lucrurile?
– *generarea soluţiilor alternative* – Ce pot face pentru a-mi atinge scopurile? În prima fază se generează necritic un număr cât mai mare de soluţii. Se mizează pe acele propuneri care sunt congruente cu resursele şi punctele tari pe care le are pacientul. Apoi se analizează soluţiile generate şi se selectează cele care sunt realiste şi au valenţe ecologice;
– *considerarea consecinţelor* – Ce s-ar putea întâmpla dacă aş face asta? Fiecare soluţie este discutată, stabilindu-i-se costurile şi beneficiile; aici se implementează tehnici de luare a deciziilor (vezi exemplul de mai jos) şi de negociere, fiind o oportunitate pentru pacient de a învăţa aceste strategii. Se anticipează dificultăţile potenţiale şi se elaborează strategii de înfruntare a acestora;
– *decizia pentru cea mai bună alternativă* – Ce voi face? Soluţiile pot fi ierarhizate în funcţie de valoarea lor, estimată de subiect;
– *implementarea* – Acum fă-o! Se începe cu soluţia cotată cel mai bine. Uneori este indicată implementarea iniţială a soluţiei în imaginar sau prin joc de rol, pentru a pregăti subiectul în vederea aplicării ei în condiţii ecologice;
– *evaluarea* – A funcţionat? Este totul bine? Dacă soluţia nu a funcţionat, se trece la alta – următoarea ca valoare din ierarhie. În cazul în care nici o soluţie nu funcţionează, se reia întregul proces, insistându-se mai mult asupra fazei de generare a soluţiilor şi de pregătire a implementării lor ecologice.

◊ EXEMPLU (TEHNICI DE DECIZIE: MODELUL UTILITĂŢII AŞTEPTATE)

Pasul 1: Definirea opţiunilor. Se stabileşte asupra căror opţiuni se aplică decizia. De exemplu, pacientul trebuie să decidă între „a divorţa” şi „a nu divorţa” sau între „a se căsători cu X ori cu Y” etc. Se pot alege orice şi oricâte opţiuni reciproc competitive. Este bine, pentru o analiză în adâncime, ca acest proces să fie focalizat asupra a două opţiuni.

Pasul 2: Discutarea opţiunilor. Se alege prima opţiune: „a divorţa”; se discută costurile şi beneficiile asociate acesteia. Apoi se alege a doua opţiune: „a nu divorţa”; se discută costurile şi beneficiile asociate acesteia. În cadrul acestor discuţii, terapeutul joacă atât rolul de „sursă de informaţii”, venind cu sugestii şi nuanţe, cât şi pe cel de „avocat al diavolului”, provocând pacientul pentru a se asigura că acesta înţelege clar costurile şi beneficiile.

Pasul 3: Evaluarea subiectivă a opţiunilor. Apoi, pe o scală de la –2 la +2, pacientul este pus să atribuie (cum crede el în baza analizelor cost-beneficiu de la pasul 2) o valoare subiectivă următoarelor situaţii:

Opţiunea 1:

(1) divorţează şi divorţul este o reuşită (de exemplu, +1);

(2) divorţează şi divorţul este un eşec (de exemplu, –2);

Opţiunea 2:

(3) nu divorţează şi rămânerea în căsătorie este o reuşită (de exemplu, +2);

(4) nu divorţează şi rămânerea în căsătorie este un eşec (de exemplu, –1).

Pasul 4: Estimarea probabilităţii opţiunilor. Pe baza datelor ştiinţifice (iată de ce un terapeut cognitiv-comportamnetal trebuie să fie *scientist-practitioner*) din literatura de profil, se estimează probabilităţile obiective ale opţiunilor. Astfel, de exemplu, să presupunem că datele statistice arată că bărbaţii cu profilul pacientului (de exemplu, în vârstă de 35 de ani) care divorţează îşi

refac viaţa şi sunt mulţumiţi postdivorţ sunt în proporţie de 60%; pentru 40% dintre ei, divorţul este un eşec. Dacă am avea două opţiuni calitativ diferite (a face X sau a face Y), atunci pentru fiecare se estimează probabilitatea reuşitei şi eşecului; având două opţiuni opuse (X sau non-X), aceeaşi probabilitate se utilizează pentru fiecare opţiune cu referire la reuşită, respectiv eşec (vezi, mai jos, pasul 5).

Pasul 5: Calculul utilităţii aşteptate. Se utilizează formula: sumă de (probabilitatea estimată obiectiv × evaluarea subiectivă).

În cazul nostru (modelul X sau non-X):

- utilitatea aşteptată a primei opţiuni este de: 60 × (+1) + 40 (–2)= –20
- utilitatea celei de-a doua opţiuni este de: 60 × (+2) + 40 (–1)= +20

Pasul 6: Concluziile. În baza analizelor efectuate, pacientul este consiliat spre a doua opţiune; evident că decizia finală îi aparţine pacientului, terapeutul având în acest proces un rol de consultant!

Antrenamentul asertiv

Antrenamentul asertiv (incluzând programul de dezvoltare a abilităţilor sociale) schimbă evenimentul activator de tip situaţie externă prin modul de relaţionare interpersonală. A fi asertiv înseamnă a-ţi şti drepturile şi a ţi le cere, respectând însă drepturile celorlalţi. Aşadar asertivitatea este o alternativă la agresivitate şi la pasivitate. Agresivitatea duce la impunerea propriilor drepturi, fără a ţine cont de drepturile celorlalţi. Pasivitatea înseamnă fie că nu îţi cunoşti drepturile, fie că, deşi le cunoşti, nu ai curajul să le ceri. Atunci când vorbim despre drepturi, ne referim la drepturi psihosociale elementare, dintre care cele mai importante sunt: (1) dreptul de a exprima şi de a cere ceea ce îmi doresc; (2) dreptul de a fi tratat cu respect; (3) dreptul de a fi tratat corect.

Etapele antrenamentului asertiv, aşa cum apar ele prototip în literatura de profil şi standard în practica clinică, sunt următoarele:

(1) Examinează modul în care interacţionezi cu ceilalţi. Există situaţii în care ar trebui să te comporţi mai asertiv? Ai uneori opinii şi sentimente pe care le ascunzi, deoarece ţi-e teamă de ceea ce s-ar întâmpla dacă le-ai exprima? Ţi se întâmplă uneori să-ţi laşi calmul la o parte şi să te manifeşti agresiv faţă de ceilalţi? Ar fi util să ţii un jurnal în care să notezi situaţiile în care te-ai comportat timid, cele în care ai reacţionat agresiv şi cele în care ai acţionat asertiv.

(2) Selectează situaţiile în care ar fi mai util să te comporţi asertiv. Poţi include ocaziile în care te-ai comportat excesiv de politicos, ţi-ai cerut în mod exagerat scuze, ai fost timid sau ai permis să ţi se traseze sarcini prin care s-a profitat de tine, trăind în acelaşi timp sentimente de furie, jenă, teamă de ceilalţi sau autocritică pentru lipsa curajului de a-ţi exprima propriile opinii. De asemenea, este necesară intervenţia şi în cazul situaţiilor în care te-ai exprimat extrem de agresiv sau nu ai ţinut seama de drepturile celorlalţi.

(3) Concentrează-te pe un anumit incident din trecut. Închide ochii şi imaginează-ţi cât mai viu detaliile, inclusiv ce ai spus tu şi cealaltă persoană, precum şi ce ai simţit în acel moment şi după aceea.

(4) Examinează şi apoi notează pe o hârtie caracteristicile următoarelor elemente ale comportamentului tău:

- *contactul vizual*: te-ai uitat direct la acea persoană, ai ţinut privirea în pământ sau ai avut o privire fixă, ostilă?
- *gestica*: trebuie să sublinieze în mod eficient mesajul – gesturile dezordonate sugerează nervozitate, în timp ce alte gesturi pot sugera timiditate (unele mişcări stereotipe, ca, de exemplu, frecarea mâinilor) etc.;
- *postura corpului*: cea mai indicată este poziţia frontală, postura verticală a capului şi o distanţă potrivită faţă de interlocutor;
- *volumul şi tonul vocii*: pentru a sublinia importanţa mesajului, sunt necesare un volum normal pentru conversaţie şi un ton hotărât;
- *fluenţa vorbirii*: mesajul să fie exprimat clar şi rar;
- *timpul scurs între producerea incidentului analizat şi apariţia reacţiei tale*: în general, exprimările spontane sunt cele mai indicate, dar anumite situaţii trebuie rezolvate după un timp mai lung (de exemplu, corectarea unei declaraţii eronate a şefului este mai bine să se facă între patru ochi decât în faţa grupului căruia el îi face respectiva declaraţie);
- *conţinutul mesajului*: dacă acesta a fost asertiv, agresiv sau nonasertiv;
- *credibilitatea mesajului*: pentru a fi credibil, un mesaj (adevărat sau fals) trebuie să conţină (a) cât mai multe detalii fizice, (b) cât mai multă implicare emoţională, care se referă atât la conţinutul evenimentelor povestite, cât şi la emoţiile resimţite de povestitor în cursul povestirii, precum şi să fie (c) verificabil (dar greu verificabil, în cazul în care este fals). *În situaţia în care doreşti să transmiţi un mesaj critic*, mesajul să fie impersonal, constructiv, precedat de mesaje pozitive.

◊ EXEMPLU

Un pacient întârzie nejustificat la şedinţa terapeutică.
Mesaj critic corect: „E bine că ţi-ai realizat sarcinile date şedinţa trecută, dar faptul că ai întârziat astăzi mă pune în încurcătură: să începem şedinţa cu întârziere, dereglând tot programul meu, sau să amânăm întâlnirea? Aştept ca data viitoare să soseşti la timp; acum hai să începem".
Mesaj critic incorect: „Ce s-a întâmplat? Te aştept de o jumătate de oră. Eşti neserios! Bun, hai să începem".

(5) Observă unul sau mai multe modele care se comportă asertiv. Studiază modul lor de abordare verbală şi nonverbală a situaţiilor în care tu ai dificultăţi. Compară consecinţele comportamentului lor cu cele ale comportamentului tău. Dacă este posibil, discută cu ei despre comportamentul lor şi sentimentele pe care le au datorită acestuia.

(6) Fă o listă cu mai multe variante de comportament asertiv, folositoare în diverse situaţii.

(7) Închide ochii şi imaginează-te utilizând fiecare dintre variantele de mai sus, gândindu-te şi în ce situaţii pot fi folosite, precum şi ce consecinţe ar avea. Selectează o alternativă sau o combinaţie de alternative despre care crezi că ar fi cea mai eficientă pentru tine. Exersează această variantă în imaginar, până când te simţi sigur şi eşti convins că va funcţiona.

(8) Practică jocul de rol pentru alternativa aleasă împreună cu altcineva, care să-ţi ofere şi feedback în legătură cu comportamentul tău. Modifică secvenţele pe care le consideri timide, agresive sau caraghioase, până te simţi confortabil cu propriul comportament. Compară-l cu caracteristicile generale ale unui comportament asertiv, prezentate la punctul (4).

(9) Repetă paşii (7) şi (8) până îţi dezvolţi o manieră asertivă de interacţiune cu ceilalţi, un mod de comportament despre care crezi că te va ajuta cel mai bine.

(10) Utilizează alternativa aleasă într-o situaţie din viaţa reală. Este normal să existe o anumită anxietate la prima încercare de a fi asertiv. Dacă încă ţi-e teamă să te comporţi asertiv, repetă paşii (5)-(8).

(11) Reflectă asupra rezultatelor efortului tău. Gândeşte-te la caracteristicile verbale şi nonverbale ale comportamentului asertiv prezentate la punctul (4). Care componente ale răspunsului tău au fost asertive, agresive sau nonasertive? Care au fost consecinţele comportamentului tău? Cum te-ai simţit după ce ai încercat acest nou tip de interacţiune?

(12) Aşteaptă-te la un anumit succes după aceste prime eforturi, dar nu la o satisfacţie personală completă. Exprimarea propriei personalităţi şi interacţiunea eficientă cu ceilalţi sunt procese de învăţare continuă.

7.2.3. Proceduri de inoculare a stresului (*Stress Innoculation Training* – SIT)

SIT este o categorie bine circumscrisă de tehnici de intervenţie care vizează ajustarea persoanei la un eveniment activator de tip stare subiectivă (cum ar fi starea de distres), în cazul căreia factorii interni (cogniţiile) sau externi (evenimentul activator de tip situaţie externă) care au declanşat-o nu pot fi schimbaţi din diverse motive. Acest lucru se realizează prin achiziţionarea de mecanisme de coping cognitiv, comportamental şi (psiho)fiziologic/biologic eficiente şi prin pregătirea pentru noi situaţii stresante.

Procedura de inoculare a stresului utilizează (vezi şi Meichenbaum, 1977):

(1) *Proceduri de restructurare cognitivă*, care schimbă modalitatea cognitivă de ajustare la stres, generând un coping cognitiv adaptativ. Se observă că obiectul procedurilor de restructurare cognitivă poate fi atât modul în care subiectul prelucrează evenimentul activator de tip situaţie externă, cât şi modul disfuncţional/iraţional în care acesta îşi interpretează evenimentul activator de tip situaţie subiectivă (coping cognitiv dezadaptativ); în SIT, tehnicile de restructurare cognitivă se utilizează în al doilea sens.

◊ EXEMPLU

Tehnicile de autodialog generează coping cognitiv adaptativ şi presupun următoarele elemente:

(a) analiza situaţiei de distres (C/A2) şi a stării subiective declanşate (C2);
(b) identificarea şi analiza autodialogului disfuncţional şi/sau iraţional (de exemplu, „Sunt un prost; nu voi reuşi; mă pierd; n-am să fac faţă; sunt foarte stresat");
(c) blocarea acestui autodialog şi înlocuirea lui cu unul funcţional şi/sau raţional (de exemplu, „Sunt bun; voi reuşi; ştiu că pot; e OK, sunt doar puţin stresat" etc.) şi cu autoîntăriri (de exemplu, „Bravo!", „Continuă aşa!", „Eşti bun!");
(d) generalizarea tehnicii la situaţii de distres ipotetice.

(2) *Proceduri de rezolvare de probleme şi de antrenament asertiv* care generează strategii de coping cognitiv adaptativ. În acest caz, rezolvarea de probleme şi antrenamentul asertiv nu vizează un eveniment activator de tip situaţie externă, ci un eveniment activator de tip situaţie subiectivă; ele devin astfel strategii de coping cognitiv adaptativ.
(3) *Proceduri de modificare comportamentală*, care generează coping comportamental adaptativ.
(4) *Proceduri de relaxare*, care generează coping psihofiziologic/biologic adaptativ (de exemplu, prin răspunsul de relaxare).

Etapele tehnicii de inoculare a stresului sunt (vezi şi Meichenbaum, 1977):

(1) Identificarea situaţiei evenimentului activator de tip situaţie subiectivă (C/A2) şi a stării subiective de distres (C2) asociate cu aceasta.
(2) Analiza mecanismelor de coping dezadaptativ şi a consecinţelor lor; se insistă atât asupra costurilor, cât şi asupra beneficiilor mecanismelor de coping dezadaptativ. Uneori, mecanismele de coping sunt mai greu de identificat şi de analizat, deoarece ele sau funcţia lor sunt inconştiente, subiectul negându-le existenţa. În astfel de situaţii, ele vor fi conştientizate şi analizate mai uşor pe fondul unei relaţii terapeutice bune, caracterizate, după cum ştim deja, prin empatie, acceptare necondiţionată şi congruenţă.
(3) Înlocuirea mecanismelor de coping dezadaptativ cu mecanisme de coping adaptativ, prin tehnici specifice. Mecanismele de coping adaptativ trebuie (a) să fie incompatibile cu cele dezadaptative, (b) să fie acceptate de pacient şi (c) să îi aducă aproximativ aceleaşi beneficii.
(4) Evaluarea noilor resurse.

(5) Confruntarea cu distresul în noile condiţii (consecinţele lor).
(6) În cazul în care confruntarea este eficientă, generalizarea strategiilor la noi situaţii stresante posibile.

7.3. Proceduri de intervenţie la nivel comportamental

În acest context, prin comportament înţelegem reacţiile observabile şi măsurabile ale organismului, care au fost învăţate în cursul dezvoltării ontogenetice (de exemplu, scrisul, mersul, lovirea altei persoane) – comportamente operante. Tot aici includem şi comportamentele interiorizate (gânduri – idei delirante, obsesii –, alte elemente cognitive – halucinaţii etc.). Nu intră aici acele reacţii observabile şi măsurabile ale organismului care sunt înnăscute (reflexe necondiţionate, modificări ale sistemului nervos vegetativ) – comportamente respondente – şi în cazul cărora învăţarea are loc doar în sensul creşterii spectrului de stimuli care le pot declanşa (de exemplu, condiţionarea clasică); ele vor fi abordate în subcapitolul 7.4, fiind similare cu manifestările de la nivel biologic.

Tehnicile de intervenţie la nivel comportamental au două funcţii: (1) de a modifica prelucrările informaţionale şi/sau (2) de a aduce modificări comportamentelor operante. Atunci când se utilizează pentru a modifica prelucrările informaţionale, ele sunt tehnici de restructurare cognitivă (cum ar fi tehnica experimentului comportamental, discutată anterior), fiind aplicate în cadrul unei conceptualizări clinice bazate pe modelul ABC cognitiv. Tehnicile descrise în această secţiune vizează direct modificarea comportamentelor operante, conceptualizate în cadrul modelului ABC comportamental. Intervenţia la acest nivel este ghidată de două legi/reguli importante (vezi şi Catania şi Brigham, 1978):

Regula 1 precizează că orice comportament este determinat de procesări informaţionale amorsate de stimuli externi sau interni şi este menţinut de consecinţele sale. Aşa cum a rezultat din analiza modelului ABC comportamental, condiţiile necesare pentru efectuarea unui comportament-ţintă constau în: (1) stimuli care îl amorsează; (2) prelucrări informaţionale referitoare la: (a) cum se face comportamentul respectiv – cum?; (b) expectanţele legate de consecinţele comportamentului, altfel spus, aspectul motivaţional – de ce să-l fac?; (c) autoevaluare – sunt în stare să fac comportamentul? Cu alte cuvinte, facem un anumit comportament deoarece stimulii din mediul intern şi extern ne amorsează prelucrările informaţionale care se referă la faptul că: (1) ştim să facem comportamentul; (2) vrem să-l facem deoarece ne va aduce consecinţe pozitive şi (3)

considerăm că suntem în stare să îl facem. După ce generăm acest comportament, el va fi menţinut prin consecinţele sale: (1) întăriri pozitive şi (2) pedepse. Pentru a schimba un comportament, trebuie făcute modificări la nivelul antecedentelor (stimuli şi prelucrări informaţionale) şi consecinţelor lui.

Regula 2 precizează că accelerarea sau decelerarea unui comportament (B) sunt natural şi automat însoţite de decelerarea, respectiv accelerarea comportamentului opus (B^*). Faptul de a nu efectua un comportament este conceptualizat ca un comportament. Clinic însă – vezi şi „regula mortului" discutată anterior –, este bine să urmărim o decelerare a unui comportament dezadaptativ (B), însoţită de accelerarea unui comportament adaptativ (B2). Comportamentul adaptativ (B2) trebuie să aibă următoarele caracteristici (Catania şi Brigham, 1978):

– să fie incompatibil cu comportamentul dezadaptativ B;
– să aducă aceleaşi beneficii ca şi comportamentul dezadaptativ B;
– să fie adaptativ.

Să analizăm în continuare principalele tehnici de modificare comportamentală (vezi şi Beck, 1995; Catania şi Brigham, 1978; Skinner, 1953).

7.3.1. Tehnici de accelerare a comportamentului

Tehnicile de accelerare comportamentală vizează creşterea ocurenţei unui comportament operant ţintă.

7.3.1.1. Prin modificarea consecinţelor

(a) *Tehnica întăririi pozitive*

Un comportament operant urmat de o întărire pozitivă îşi creşte ocurenţa. Precizăm în continuare câteva aspecte legate de modul de administrare a întăririlor.

I. Tipuri de întăriri pozitive:

(1) întăriri primare, a căror funcţie a fost stabilită în cursul evoluţiei speciei noastre:
– hrană, sex etc.

(2) întăriri secundare, care au dobândit această funcţie prin asocieri cu întăririle primare:

- obiecte materiale: jucării, cadouri etc.;
- activităţi frecvente: jocul cu jucăria preferată, vizionarea programelor TV etc.;
- sociale: atenţie, laudă, zâmbet etc.;
- feedback: informaţii despre propriul comportament;
- simbolice: bani, jetoane cu valoare de schimb etc.

II. Identificarea întăririlor:

- prin interogare directă „Ce îţi place mai mult?", „Ce obiecte te atrag?", „Ce ţi-ai dori?" (pot fi întrebate şi persoanele apropiate care cunosc pacientul);
- prin selectarea de către pacienţi, din liste standardizate de întăriri, a celor care li se potrivesc;
- prin observarea subiectului în situaţii naturale: ceea ce îi place, ceea ce face mai des etc.;
- prin metoda experimentală: oferirea de mostre de diverse tipuri de întăriri.

În general, consecinţele care reduc o nevoie biologică şi/sau urmează unor activităţi frecvente sunt întăriri pozitive.

III. Administrarea întăririlor

III.1. Cine administrează întăririle?

Întăririle pot fi administrate de terapeut, prieteni, familie, pacientul însuşi etc. De regulă, secvenţa indicată este următoarea:

- terapeutul, în mediul terapeutic;
- terapeutul şi persoane apropiate, în mediul pacientului;
- pacientul însuşi – autoadministrare.

III.2. Când se administrează întăririle?

Administrarea întăririlor se face după diverse scheme de întărire (*reinforcement schedule*). Două sunt de bază:

- Schema în funcţie de timp (*time schedule*):
  - timp fix (*fixed time*) – întărirea se administrează la fiecare două minute;
  - timp variabil (*variable time*) – întărirea se administrează din două în două minute, apoi la patru minute, apoi la un minut etc.

◊ EXEMPLU

Această schemă de întărire duce la apariţia comportamentelor superstiţioase. Practic, comportamentul care se întâmplă să fie urmat de întărirea pozitivă va începe să devină mai frecvent şi, în consecinţă, e mai probabil să fie din nou contingent cu întărirea pozitivă (apare expectanţa că el duce la întărirea pozitivă deşi aceasta este independentă de el, făcându-se după o schemă temporală).

- Schema în funcţie de comportament (*ratio schedule*):

– Comportament fix (*fixed ratio*) – de exemplu, întărirea se administrează după fiecare comportament sau după fiecare trei comportamente etc.

◊ EXEMPLU

Această schemă de întărire creşte ocurenţa comportamentului până la o rată moderată/ridicată, dar după ce acesta se produce, mai ales dacă rata cerută este una mare, se instalează o pauză. Este situaţia în care, dacă pentru a primi o întărire (o sumă de bani) trebuie să efectuăm zece comportamente (zece comisioane), după ce primim întărirea, luăm o pauză înainte de a ne apuca iar să efectuăm zece comportamente.

– Comportament variabil (*variable ratio*) – de exemplu, întărirea se administrează după două comportamente, apoi după trei, apoi după unul etc.

◊ EXEMPLU

Această secvenţă duce la o creştere a ocurenţei comportamentului până la o rată crescută, care rămâne relativ constantă. Este situaţia în care jucătorul de jocuri de noroc îşi menţine comportamentul.

Toate celelalte scheme de întărire rezultă din combinaţia acestora. Exemplificăm prin schema în funcţie de interval (*interval schedule*):

- Interval fix (*fixed interval*) – primul răspuns după o perioadă constantă de timp (din două în două minute) este întărit.

◊ EXEMPLU

Această secvenţă duce la o rată moderată şi constantă a ocurenţei comportamentului, dacă intervalul este scurt. Este situaţia în care îţi săruţi iubita în fiecare zi când vă întâlniţi. Dacă intervalul este mare, are loc o accelerare a comportamentului când se apropie momentul administrării întăririi, urmată de o pauză după administrarea acesteia. Este situaţia în care vizitele studenţilor la bibliotecă se înmulţesc în perioada examenelor şi se reduc ulterior.

- Interval variabil (*variable interval*) – primul răspuns după perioade variabile de timp (după un minut, după trei minute, după două minute etc.) este întărit.

◊ EXEMPLU

Această secvenţă duce la un nivel crescut şi constant al ocurenţei comportamentului, ocurenţă care poate creşte pe măsură ce trece timpul. Atunci când dorim să ne sunăm părinţii în legătură cu ceva important şi telefonul lor este ocupat, apăsăm frecvent pe

butonul de reformare a numărului, uneori cu o frecvenţă mai mare pe măsură ce trece timpul şi telefonul rămâne ocupat.

III.3. Reguli de administrare a întăririlor:

(1) dacă pacientul este conştient de întărire, atunci ea trebuie interpretată ca o consecinţă a comportamentului său, nu ca un element care îl determină; acest lucru este important pentru a preveni reactanţa subiectului (Brehm, 1966; David, 2006a);
(2) întărirea trebuie menţinută la parametri superiori;
(3) este indicată utilizarea pe cât posibil a întăririlor naturale, pentru a se generaliza şi la viaţa cotidiană;
(4) administrarea întăririlor trebuie să fie consistentă: surse diferite de întărire să respecte aceeaşi modalitate de administrare (de exemplu, ambii părinţi să procedeze identic);
(5) se utilizează următoarea secvenţă de administrare eficace: iniţial, fiecare comportament este întărit după schema comportamentului fix. Întărirea se administrează la început după fiecare comportament, iar apoi după un anumit număr de comportamente. Pentru a preveni pauza, se trece apoi la administrarea unei secvenţe pe bază de comportament variabil şi/sau de interval variabil. Combinaţiile posibile între diversele secvenţe de întărire se stabilesc în funcţie de problemele pacientului şi de obiectivul terapeutic.

◊ EXEMPLUL 1

În tulburările de tip depresiv (şi în cazul simptomelor negative din tulburările psihotice) apare o reducere a ocurenţei comportamentelor, ca urmare a scăderii ratei întăririlor pozitive. Pentru a activa comportamental pacientul, se poate utiliza tehnica întăririi pozitive. Practic, pacientului i se prescriu o serie de comportamente, distribuite pe parcursul unei/fiecărei zile. În tabelul de mai jos sunt doar câteva exemple de comportamente; în decursul terapiei se completează toate căsuţele tabelului. Aceste comportamente erau cele întărite atunci când pacientul nu avea tulburarea, dublate de comportamente noi care pot avea funcţie terapeutică (de exemplu, exerciţiile fizice în cazul depresiei). În plus, se stabilesc clar următoarele lucruri: (1) întăririle pe care pacientul le va primi; (2) de la cine le va primi şi/sau dacă şi le va autoadministra; şi (3) schema de administare a întăririlor.

	Luni	**Marţi**	**Miercuri**	**Joi**	**Vineri**	**Sâmbătă**	**Duminică**
8-10	Micul dejun; îmi fac patul	Micul dejun; îmi fac patul	Micul dejun; îmi fac patul	Micul dejun; îmi fac patul	Micul dejun; îmi fac patul	Micul dejun; îmi fac patul	Micul dejun; îmi fac patul
10-12	Ies la cumpărături						
12-14			Citesc din cartea X				
14-16	Şedinţa de terapie						
16-18				Vizitez prietenul X		Mă plimb în parc	

18-20		Mă plimb în parc					
20-22							

◊ EXEMPLUL 2

În cazul subiecţilor cu tulburări psihotice, recompensa (de exemplu, timpul petrecut într-o cameră specială, în care are acces la fructe şi televizor) este direct proporţională cu timpul în care pacientul nu are idei delirante şi/sau halucinaţii; în această situaţie, atât ideile delirante, cât şi halucinaţiile sunt conceptualizate drept comportamente operante în modelul ABC comportamental.

◊ EXEMPLUL 3

Tehnica economiei de jetoane este o variantă mai specială a tehnicii întăririi pozitive. Aşa cum am mai spus, tehnica economiei de jetoane (*token economy*) este larg utilizată în cazul pacienţilor din secţiile de psihiatrie pentru declanşarea şi menţinerea comportamentelor de autoîngrijire şi a celor prosociale. Această metodă inovativă presupune restructurarea mediului spitalicesc, astfel încât schimbarea comportamentului pacienţilor să fie susţinută în mod sistematic. Ea se bazează pe acordarea de recompense sub forma unor jetoane, care pot fi schimbate ulterior pe obiecte dorite de pacienţi sau activităţi recompensante. Nu se dau direct obiectele dorite (de exemplu, hrană) pentru a-l socializa pe pacient şi a-l forţa să gândească în termeni sociali; şi în viaţa cotidiană, pentru diverse comportamente (de exemplu, mersul la serviciu), primim întăriri simbolice (bani), nu direct hrană! Metoda punctează, pe de o parte, faptul că modelarea comportamentală este posibilă chiar şi în cazul unor pacienţi cu psihoze grave sau cu deficit intelectual. Pe de altă parte, ea permite calibrarea recompensei în funcţie de specificul pacientului, accentuarea rolului recompenselor sociale, generalizarea unor răspunsuri dezirabile, precum şi responsabilizarea pacienţilor pentru propriile comportamente (pozitive sau negative), pregătindu-i astfel pentru reintegrarea în viaţa familială şi socială.

(b) *Tehnica întăririi negative*

Un comportament operant care reduce o pedeapsă îşi creşte ocurenţa. Aşadar ocurenţa unui comportament poate să crească dacă el ne ajută să evităm o pedeapsă. De exemplu, dacă este frig în cameră, creşte ocurenţa comportamentului de a porni centrala. Atunci când ocurenţa comportamentului creşte prin faptul că el previne apariţia unei pedepse (care nu s-a instalat încă), tehnica se numeşte *tehnica evitării*. De exemplu, în cazul unor fobii, stimulul fobic este evitat printr-un comportament întărit negativ (previne, nu reduce starea de anxietate). Un caz interesant de aplicaţie a tehnicii evitării este cel în care trebuie prevenită retragerea unei întăriri pozitive. De pildă, oportunitatea de a viziona desene animate este întărire pozitivă pentru copiii mici; dacă un comportament (de exemplu, să nu se automutileze) poate preveni retragerea acestei întăriri (întreruperea vizionării), atunci el va fi întărit negativ prin tehnica evitării.

Secvenţele de întărire negativă sunt similare şi au aceleaşi consecinţe ca cele de întărire pozitivă discutate anterior. Uneori, întărirea negativă (incluzând evitarea) poate duce la dezvoltarea unor comportamente ritualistice, acestea apărând chiar atunci când nu mai trebuie redusă şi/sau prevenită o pedepsă.

(c) *Tehnica aproximării succesive* (shaping/chaining)

Uneori, comportamentul pe care dorim să-l întărim nu există în repertoriul subiectului. În această situaţie, el poate fi construit (aproximat treptat), pornind de la comportamentele actuale ale persoanei. *Shaping*-ul se referă la „aproximarea succesivă" a unui astfel de comportament. Atunci când dorim să combinăm comportamente deja existente în repertoriul pacientului într-o secvenţă mai complexă, procesul se numeşte „relaţionare comportamentală" (*chaining*); în cazul *chaining*-ului, fiecare comportament devine un stimul discriminativ pentru următorul din secvenţă, amorsându-l (*prompting*).

Mecanismul de derulare a *shaping*-ului şi a *chaining*-ului este similar. El presupune doi paşi:

(1) descompunerea comportamentului ce urmează a fi accelerat în mai multe secvenţe;
(2) întărirea fiecărei secvenţe. Dacă întărirea se face de la prima secvenţă a comportamentului spre ultima, vorbim despre *forward shaping/chaining* (aproximare succesivă/relaţionare comportamentală proactivă), iar dacă se face de la ultima către prima, vorbim de *backward shaping/chaining* (aproximare succesivă/relaţionare comportamentală retroactivă).

◊ EXEMPLU

Chaining pentru comportamentul de a mânca în cazul unui copil cu retard mental sever. Dacă aceste secvenţe nu există în repertoriul comportamental al copilului şi trebuie învăţate, atunci procedeul utilizat s-ar numi *shaping*.
(1) Împărţirea pe secvenţe care există deja în repertoriul pacientului:
– prinderea lingurii în mână;
– luarea supei cu lingura;
– ridicarea lingurii la gură;
– introducerea supei în gură.
(2) În *forward chaining*: se întăreşte (prin hrana din gură) prima secvenţă, prinderea lingurii, prin faptul că terapeutul, prin ghidare (*guidance*), îi duce apoi mâna pentru a efectua celelalte secvenţe. Apoi se oferă întărire (terapeutul va continua secvenţele) doar după prima şi a doua secvenţă (prinderea lingurii şi umplerea lingurii) etc.
(3) În *backward chaining*: se începe cu ultima secvenţă (introducerea lingurii cu hrană în gură), celelalte fiind executate de terapeut. Aşadar terapeutul îi pune lingura în mână, o bagă în supă şi o duce până aproape de gură. Ultima secvenţă (de a băga mâncarea în gură) o face copilul, ea fiind astfel întărită automat.

Indicaţii: tehnica se utilizează în terapia copilului, precum şi pentru tulburări grave în cazul copiilor şi adulţilor (de exemplu, depresie severă, demenţă, psihoze, deficienţă mentală, autism).

(d) *Tehnica modelării*

Uneori, un comportament poate fi învăţat fără a experienţia direct legătura sa cu consecinţele, observând această relaţie în cazul altor persoane. Această formă de învăţare a fost descrisă pentru prima dată de Albert Bandura, care a denumit-o „învăţare vicariantă". Pentru ca învăţarea

vicariantă să apară, este important ca subiectul observat să constituie un model pentru subiectul pe care dorim să-l învăţăm un anumit pattern comportamental. În psihoterapie, acest model poate fi uneori terapeutul.

◊ EXEMPLU

În „cazul micul Peter" (vezi capitolul 1), pentru a elimina frica acestuia de animale, el a fost expus la situaţii în care alţi copii se jucau cu animalele respective.

(e) *Tehnica Premack*

Premack este numele creatorului acestei tehnici. Ideea de bază este că o activitate cu frecvenţă mai mare poate funcţiona ca întărire pentru o activitate cu frecvenţă redusă, a cărei frecvenţă dorim să o creştem. Este important ca activitatea cu frecvenţă mare să succeadă imediat comportamentului cu frecvenţă redusă pe care dorim să-l accelerăm.

◊ EXEMPLU

Copilul poate merge la joacă (comportament frecvent) doar dacă îşi face mai întâi temele (comportament cu frecvenţă mică).

Indicaţii: tehnica se utilizează în terapia copilului şi a tulburărilor grave în cazul copiilor şi adulţilor (de exemplu, depresie severă, demenţă, psihoze, deficienţă mentală, autism etc.).

(f) *Tehnica contractului*

Contractul este o înţelegere scrisă între două sau mai multe persoane prin care se stabileşte explicit modul de relaţionare reciprocă:

(1) care este comportamentul-ţintă al fiecărei părţi;

(2) care sunt consecinţele executării/neexecutării lui.

În terapie, acest contract este girat de terapeut, care participă activ la elaborarea lui şi apoi monitorizează implementarea sa. În cursul elaborării, terapeutul joacă rolul de mediator între părţile contractului, asigurându-se că acesta include aspectele importante sub aspect terapeutic.

◊ EXEMPLU

O situaţie din cazuistica autorului în care, pe scurt, existau dificultăţi de relaţionare în cadrul unei familii. Mama, cu posibilităţi materiale foarte bune, era exagerat de posesivă cu fiul său după moartea soţului. Fiul a început să lipsească de la şcoală şi să nu-şi mai îndeplinească sarcinile, preferând să facă sport (box). În cadrul terapiei cognitiv-comportamentale de familie, printre alte tehnici, s-a implementat şi următorul contract, cu rezultate remarcabile:

Contract terapeutic între mamă (doamna X) şi fiu (domnul Y)

Valabil de la data de___ la data de___

I. Doamna X se obligă:

– să îi acorde fiului două ore zilnic pentru activităţi sportive;

– să îi dea zilnic suma de____ lei.

II. Domnul Y se obligă:

– să îşi facă temele zilnic;

– să nu lipsească de la şcoală.

III. Dacă doamna X se achită de obligaţiile proprii, domnul Y se angajează să îndeplinească toate obligaţiile care îi revin.

IV. Dacă doamna X nu se achită de obligaţii, domnul Y are dreptul să lipsească de la şcoală pentru a face sport.

V. Dacă domnul Y se achită de obligaţii, doamna X se angajează să-şi îndeplinească toate obligaţiile care îi revin.

VI. Dacă domnul Y nu se achită de obligaţii, doamna X are dreptul să nu îi mai acorde timp liber şi să-i reducă suma de bani zilnică la o sumă pe care o decide personal.

Implementarea acestui contract începe la data de____, ora____, prin timpul liber şi suma de bani pe care le primeşte domnul Y.

Semnături: Doamna X_____ Domnul Y_____ Terapeut _____

Data

Indicaţii: tehnica se utilizează în terapia de grup (terapia cuplului, familiei) şi în grup.

7.3.1.2. Prin modificarea antecedentelor

Accelerarea unui comportament poate fi stimulată prin manipularea antecedentelor acelui comportament.

(a) *Tehnica amorsajului (*prompting*) stimul-întărire*

Mediul, prin stimulii, antecedentele şi consecinţele (întăririle şi pedepsele) pe care le conţine, circumscrie spectrul comportamentelor noastre posibile; altfel spus, generează o anumită deschidere operaţională. Manipulând stimulii discriminativi din mediu şi consecinţele, putem manipula deschiderea operaţională şi comportamentele probabile. De exemplu, apelând la această tehnică, ne putem organiza mediul de lucru astfel încât să fie prezenţi doar stimuli care ne amorsează comportamentul de „a lucra” (de exemplu, cărţi, materiale de scris etc.) şi să nu existe stimuli care amorsează alt gen de comportamente (de exemplu, cafetieră, casetofon, poze etc.). În acelaşi mod, putem stimula comportamentul de a citi al unui copil dacă introducem în camera lui stimuli care amorsează acest comportament (de exemplu, o bibliotecă, poze cu copii citind etc.).

(b) *Tehnica amorsajului procesărilor informaţionale*

Conform regulii 1 de intervenţie comportamentală, procesările informaţionale sunt amorsate de stimuli externi sau interni. Amorsarea lor o poate face însă chiar terapeutul, modificând expectanţele subiectului (de exemplu, „Dacă efectuezi acest comportament, vei primi…”), învăţând pacientul cum să efectueze anumite comportamente adaptative în cazul în care acesta nu ştie (de exemplu, cum să vorbească în public) şi/sau dezvoltându-i autoeficacitatea.

(c) *Tehnica controlului guvernat de reguli*

Datorită prezenţei limbajului, comportamentul uman poate fi pus sub controlul regulilor. Ce este o regulă? Ea reprezintă o regularitate exprimată verbal. Aşadar, deşi comportamentul animal presupune o serie de regularităţi (stimul-comportament-consecinţă), numai în cazul subiectului uman vorbim despre comportament guvernat de reguli. Cum controlează regula comportamentul? Acest lucru se produce deoarece regula dobândeşte funcţia de stimul discriminativ pentru comportamentul operant pe care dorim să-l producem. De exemplu, regula „Dacă îţi faci temele, te las la joacă” este un stimul discriminativ pentru comportamentul operant de „a face temele”. Această regulă vizează atât comportamentul operant, cât şi întărirea care îi va urma. Există însă o categorie de reguli care nu fac referire la întărire, ci doar la comportament. De exemplu, regula „Spală-te pe mâini înainte de masă” specifică doar comportamentul, fără a preciza întărirea. Întărirea este una îndepărtată, care ţine de evoluţia speciei noastre (de exemplu, spălatul pe mâini ne poate scuti de îmbolnăviri). Sugerează acest lucru că noi efectuăm un comportament urmând să primim întărirea mai târziu? Nicidecum. Deşi întărirea finală este supravieţuirea, comportamentul este menţinut printr-o serie de întăriri contingente cu comportamentul, care acţionează imediat ce acesta este produs (cum ar fi aprobarea celor din jur).

Despre subiectul uman se poate spune fie că respectă greu regulile (dacă ne uităm la câţi deţinuţi sunt în închisori), fie că respectă foarte uşor regulile (dacă ne uităm la câţi oameni ţin cont de regulile de circulaţie). Diferenţa între a respecta o regulă şi a nu o respecta este dată de modul în care aceasta se prezintă.

Pentru ca regulile să fie eficiente în controlul comportamentului, este nevoie ca: (1) să ştim să efectuăm comportamentul stipulat în regulă (să avem cunoştinţele procedurale pentru a-l executa), (2) să credem că suntem capabili să efectuăm comportamentul (să avem autoeficacitate) şi (3) să existe o expectanţă clară pentru întărirea primită. În plus, este important ca regulile să includă situaţia-stimul care poate amorsa toate aceste prelucrări informaţionale. Aşadar cea mai eficientă regulă este aceea prin care se stabileşte clar legătura stimul-comportament-consecinţă, iar consecinţa este una cu valoare de întărire. Înţelegem aşadar de ce reguli simple precum „Bea lichide!”, „Mânâncă multe produse vegetale!” etc. nu influenţează serios comportamentul. Regula

trebuie să precizeze: (a) ce să facă subiectul, (b) în ce situaţie să facă acest lucru şi (c) ce consecinţe pozitive vor apărea. Dacă ea precizează aceste aspecte şi, în plus, (1) ştim cum să executăm comportamentul şi (2) credem că putem să-l executăm, atunci impactul regulii asupra comportamentului uman va fi foarte mare. Ineficienţa regulilor formulate în termeni negativi „Nu bea!", „Nu fuma, pentru că fumatul este un factor de risc pentru cancer!" – „regula mortului" – a fost deja discutată anterior.

7.3.2. Tehnici de decelerare a comportamentului

Tehnicile de decelerare a comportamentului se împart în două categorii: (1) tehnici de control al antecedentelor şi (2) tehnici de control al consecinţelor, cu două variante: tehnici de terapie consecvenţială şi tehnici de terapie aversivă. Ele sunt discutate în cele ce urmează.

7.3.2.1. Prin modificarea antecedentelor

(a) *Tehnici de control al stimulilor*

Putem decelera un comportament prin controlul stimulilor şi prelucrărilor informaţionale care îl amorsează.

◊ EXEMPLU

Comportamentul de a mânca în exces este iniţiat de stimuli cu valoare alimentară. Pentru a controla acest comportament, trebuie să controlăm stimulii respectivi. Astfel, este indicat să păstrăm stimulii alimentari doar în bucătărie, să se mănânce doar în bucătărie, să nu se mănânce în dormitor, în faţa televizorului etc. Prin această organizare a mediului, în timp, se ajunge ca stimulii din dormitor şi camera de zi să nu mai aibă valoare de amorse pentru comportamentul alimentar, reducându-se astfel frecvenţa acestuia.

(b) *Tehnici de control al prelucrărilor informaţionale*

Prelucrările informaţionale modificabile, astfel încât să apară o reducere a comportamentului pe care îl produc, sunt autoeficacitatea şi expectanţele. Cunoştinţele procedurale pentru a executa un comportament, odată dobândite, rămân în repertoriul subiectului. Aşadar ceea ce se poate schimba sunt expectanţele (ca atunci când se anticipează verbal o pedeapsă) şi/sau autoeficacitatea (prin persuasiune, pacientul poate fi făcut să se îndoiască de faptul că poate realiza eficient un comportament).

7.3.2.2. Prin modificarea consecinţelor

Aceste tehnici se bazează pe faptul că ocurenţa unui comportament se reduce dacă el este urmat de o pedeapsă în sensul că: (1) produce o pedeapsă (*negative reinforcer/punisher*) şi/sau (2) elimină o întărire pozitivă. Forma clinică a acestui principiu, bine validat ştiinţific, se exprimă în următoarele tehnici mai cunoscute.

(a) *Tehnici de terapie consecvenţială*

Din această categorie fac parte:

(1) Tehnica extincţiei

Această tehnică constă în înlăturarea întăririlor pozitive subsecvente unui comportament dezadaptativ, mizând pe faptul că, eliminând consecinţele pozitive ale unui comportament pe care dorim să-l decelerăm, acesta îşi va reduce ocurenţa. Dezavantajele ei sunt:

– dificultăţi în a identifica întărirea responsabilă de comportamentul pe care dorim să-l decelerăm;
– schimbarea lentă a comportamentului;
– uneori, pe termen scurt, extincţia duce la creşterea ocurenţei comportamentului dezadaptativ şi/sau la dezvoltarea unui comportament agresiv, ca urmare a reactanţei psihologice;
– se generalizează greu: funcţionează într-o situaţie, cu o persoană anume, în timp ce în altă situaţie, cu altă persoană, nu funcţionează.

Indicaţii: tehnica este utilă doar în cazul în care, în paralel, se accelerează (se întăreşte) un alt comportament adaptativ (B^* sau B2).

(2) Tehnica pedepsei

Această tehnică se bazează pe asocierea cu comportamentul dezadaptativ a unor consecinţe fizice neplăcute (de exemplu, şocuri electrice). Există o serie de reguli de care trebuie să se ţină cont pentru ca pedeapsa să fie eficientă:

– să urmeze imediat comportamentului dezadaptativ;
– să fie intensă; dacă nu este intensă sau se administrează cu o intensitate care creşte gradual, organismul se adaptează şi nu mai răspunde la pedeapsă;
– să fie marcată de un avertisment;
– să fie administrată nonagresiv, calm;

– să fie întărit comportamentul opus, B^* sau B2;
– comportamentul urmat de pedeapsă să nu primească alte întăriri pozitive.

Deoarece uneori pedeapsa nu poate fi aplicată din considerente etice, s-au elaborat diverse alte variante (3-7, vezi mai jos).

(3) Tehnica *time-out* (tehnica izolării)

Tehnica rezidă în îndepărtarea temporară a subiectului de întăririle pozitive care apar ca urmare a comportamentului său dezadaptativ (de exemplu, scoaterea din clasă dacă vorbeşte la telefon în timpul orei şi acest lucru îl face să atragă atenţia colegilor). Pentru a fi eficientă este important ca:

– *time-out*-ul să fie redus temporal, iar subiectul să cunoască *a priori* durata acestuia. În cazul copiilor, sugestia este ca izolarea să aibă durata în minute egală cu vârsta cronologică a copilului;
– să nu apară alte întăriri pozitive pentru subiect în cursul *time-out*-ului (de exemplu, scoaterea din clasă să nu ducă la admiraţie din partea colegilor);
– comportamentul pe care dorim să-l decelerăm prin *time-out* să nu fie întărit negativ. De exemplu, în cazul în care comportamentul a fost întărit negativ (de exemplu, am vorbit în oră la telefon cu prietena fiindcă mă umilea colegul de bancă şi încercam să evit asta), atunci tehnica *time-out* (mă scoate din clasă) nu va face altceva decât să crească frecvenţa comportamentului (de a vorbi la telefon), nu să o scadă, căci astfel mă ajută să-l evit pe coleg.

Indicaţii: tehnica este utilă în terapia copilului.

(4) Tehnica manipulării întăririi pozitive

Un comportament dezadaptativ se reduce dacă alterăm întărirea sa pozitivă:

– astfel, dacă întărirea începe să fie aplicată independent de comportament, acesta îşi reduce ocurenţa;
– dacă întărirea se administrează atunci când subiectul nu efectuează comportamentul dezadaptativ, din nou, ocurenţa acestuia se reduce;

◊ EXEMPLU

Frecvenţa halucinaţiilor şi ideilor reziduale a fost controlată prin intermediul timpului pe care pacientul îl petrecea într-o cameră cu fructe şi televizor. Timpul era cu atât mai lung cu cât frecvenţa acestora era mai scăzută.

– dacă întărirea este administrată unui comportament alternativ la cel dezadaptativ, ocurenţa acestuia din urmă se reduce.

(5) Tehnica saţierii

Un comportament dezadaptativ se reduce dacă întărirea sa îşi pierde valoarea de întărire. Un exemplu în acest sens este creşterea consumului de ciocolată până când fie ciocolata nu mai este întărire, fie ni se face rău.

◊ EXEMPLU

Un pacient colecţiona hârtie igienică. El fura de la baie şi de la ceilalţi pacienţi rolele de hârtie igienică. Atunci când nu i s-a mai interzis să o ia, ba mai mult, i s-a dat cât a cerut, a ajuns să aibă 300 de bucăţi în cameră. Din acel moment, a încetat să mai „colecţioneze" hârtie igienică.

(6) Tehnica penalizării

În acest caz, atunci când subiectul îndeplineşte comportamentul dezadaptativ, se elimină un privilegiu, neexistând posibilitatea, din cauza naturii comportamentului, de a aplica tehnica extincţiei. Tehnica funcţionează deoarece apare teama că privilegiul îi este ameninţat dacă mai manifestă comportamentul dezadaptativ (de exemplu, suspendarea permisului de conducere în cazul conducerii cu viteză).

(7) Tehnica excesivei corecţii

Acesta este un procedeu prin care un comportament dezadaptativ se decelerează prin recurgere la:

– solicitarea de reparaţii pentru daunele produse de comportamentul respectiv;

◊ EXEMPLUL 1 (REPARAŢIE)

Ori de câte ori copilul îşi bagă mizerii în gură, este pus să se spele pe dinţi.

– corecţie prin efectuarea variantei acceptabile a comportamentului.

◊ EXEMPLUL 2

Un copil cu retard mental bătea frecvent din palme. Pentru a modifica acest comportament, la fiecare bătaie din palme, terapeutul îl oprea, îi lua mâinile şi îl ghida să şi le bage în buzunar (sau să le ţină ridicate).

Uneori, corecţia poate fi excesivă. În acest caz ea implică:

(1) corecţia: se înlocuieşte comportamentul dezadaptativ;
(2) corecţia excesivă: subiectul este pedepsit pentru comportamentul dezadaptativ.

◊ EXEMPLUL 3 (CORECŢIE EXCESIVĂ)

Comportament dezadaptativ: subiectul fură mâncarea colegilor.
(1) corecţia: să o dea înapoi;

(2) corecţia excesivă: să dea mâncarea lui colegilor.

Observăm că tehnica poate fi utilizată chiar atunci când nu se elimină întărirea pozitivă a comportamentului pe care dorim să-l decelerăm.

Indicaţii: tehnica se utilizează în terapia copilului şi în cazul tulburărilor psihice severe.

(8) Tehnica paradoxală

Această tehnică este mai complexă şi este indicată atunci când problema pacientului (simptomatologia) este un răspuns condiţionat determinat de un stimul condiţionat, care este un comportament operant. Astfel, de exemplu, comportamentul operant – activitate sexuală – poate declanşa răspunsuri condiţionate de tip anxios (asociate cu ejaculare precoce). În acest caz, se cere pacientului, aparent paradoxal, să amplifice voluntar frecvenţa comportamentului operant cu scopul de a declanşa simptomatologia (ejacularea precoce). Această tehnică va duce însă la reducerea simptomatologiei prin următoarele mecanisme:

(1) expunerea repetată la stimulul condiţionat, neînsoţit de cel necondiţionat, va reduce reacţia condiţionată;
(2) reducerea anxietăţii de performanţă produsă de dorinţa subiectului de a elimina simptomatologia (ejacularea precoce); dacă terapeutul îi cere să nu încerce să o elimine, anxietatea de performanţă dispare. În cazul în care anxietatea de performanţă determină apariţia simptomatologiei, frecvenţa acesteia se reduce. De exemplu, ejacularea precoce este generată de anxietatea de performanţă. Reducerea anxietăţii de performanţă, prin faptul că îi cerem subiectului să ejaculeze şi mai repede decât o face de obicei, elimină ejacularea precoce;
(3) pacientul realizează faptul că simptomul este controlabil voluntar. Dacă reuşeşte să crească frecvenţa simptomului, îşi dă seama că poate şi să o reducă voluntar, ceea ce din nou contribuie la reducerea anxietăţii de performanţă.

(b) *Tehnici de terapie aversivă*

Aceste tehnici se bazează pe condiţionarea clasică, comportamentul dezadaptativ şi/sau stimulii săi discriminativi devenind stimuli condiţionaţi pentru un răspuns neplăcut. Stimulii aversivi acţionează în cursul realizării comportamentului, şi nu după acesta, ca în cazul tehnicilor de terapie consecvenţială. Aceste tehnici sunt indicate la subiecţii adulţi, cu o motivaţie puternică pentru schimbare.

(1) Tehnica stimulării aversive directe

Stimularea se realizează în condiţiile în care subiectul execută comportamentul dezadaptativ (de

exemplu, vomitivele în consumul de alcool).

(2) Tehnica stimulării aversive simbolice
În acest caz, comportamentul dezadaptativ al subiectului este filmat, iar stimularea aversivă intervine în momentul în care el vizionează înregistrarea.

(3) Tehnica stimulării aversive în imaginar
Stimularea aversivă are loc în momentul în care subiectul îşi imaginează că efectuează comportamentul dezadaptativ.

(4) Tehnica *thought stopping* (tehnica blocajului)
Este utilizată în cazul gândurilor obsesive/intruzive (dar se poate aplica şi la comportamente exteriorizate). Presupune următoarele faze:

(a) identificarea gândurilor intruzive;
(b) neutralizarea lor emoţională (scăderea încărcăturii emoţionale) prin *flooding*, desensibilizare progresivă etc. Dacă nu are loc neutralizarea, este posibil ca aplicarea tehnicii să crească frecvenţa gândurilor intruzive (vezi efectul contraintenţionat descris în Wegner *et al.*, 1990; Wegner, 1994);
(c) tehnica propriu-zisă: în momentul în care subiectul îşi generează gândurile intruzive, terapeutul îi strigă: „Stop! Nu te mai gândi la ele!”; pacientul este încurajat să se gândească la ceva plăcut sau să facă ceva plăcut;
(d) treptat, tehnica este autoaplicată conştient de pacient, ori de câte ori apar gândurile intruzive; în final, ca urmare a exerciţiului, formula va fi interiorizată, funcţionând ca limbaj intern.

7.4. Proceduri de intervenţie la nivel biologic

Manifestările de la nivel biologic, mai ales cele care apar sub forma unei activări psihofiziologice crescute (cum ar fi tensiunea arterială, creşterea ritmului cardiac, contractură neuromusculară etc.), sunt componente importante ale tabloului clinic în multe tulburări psihice (de exemplu, tulburările de anxietate). Rolul acestei activări fiziologice, atunci când ea este prelungită, în apariţia unor tulburări psihice şi somatice este clar reliefat (Selye, 1976; vezi şi tabelul 2.3). Alternativa la acest răspuns de activare fiziologică prelungită este răspunsul de relaxare, fenomen care a fost descris şi investigat sistematic de Herbert Benson (care a şi dat numele fenomenului) la Harvard Medical

School (Benson şi Procter, 1984; Benson, 1996). Răspunsul de relaxare are efecte opuse celor prezentate în tabelul 2.3, constituindu-se aşadar într-un factor de rezilienţă la boală.

Procedurile de intervenţie cognitiv-comportamentală care pot influenţa pozitiv nivelul biologic, în vederea remiterii tabloului clinic, se clasifică în două categorii. Prima categorie urmăreşte modificări la nivel (psiho)fiziologic, fie în sensul echilibrării balanţei vegetative (reducerea activităţii sistemului nervos vegetativ simpatic, eventual cu dominanţa sistemului vegetativ parasimpatic) – răspunsul de relaxare –, fie în sensul dezechilibrării acesteia (cu dominanţă simpatică). Pentru echilibrarea balanţei vegetative se utilizează proceduri de relaxare, iar pentru dezechilibrarea ei se utilizează diverse proceduri de activare fiziologică. A doua categorie de proceduri include tehnicile de schimbare a comportamentului respondent condiţionat.

Procedurile de intervenţie la nivel biologic au două funcţii: (1) modificarea prelucrărilor informaţionale şi/sau (2) modificarea directă a manifestărilor biologice. Atunci când se utilizează pentru a modifica prelucrările informaţionale, ele sunt tehnici de restructurare cognitivă (de exemplu, tehnica expunerii interoceptive, vezi mai jos), fiind folosite în cadrul unei conceptualizări clinice bazate pe modelul ABC cognitiv. În al doilea sens, ele sunt utilizate fie ca tratamente etiopatogenetice într-o conceptualizare bazată pe condiţionarea clasică (schimbarea comportamentelor respondente), fie în cadrul unor tratamente simptomatice (de exemplu, controlul stării de activare fiziologică, indusă prin diverse mecanisme, prin relaxare).

Evident că manifestările de la nivel biologic pot fi modificate şi prin medicaţie. De exemplu, echilibrarea balanţei vegetative se poate face prin medicaţie anxiolitică. Adesea însă, dacă există proceduri cognitiv-comportamentale care au aceeaşi funcţie, ele sunt preferate, deoarece efectul lor este pe termen lung, în timp ce efectul medicaţiei este frecvent pe termen scurt, cedând atunci când tratamentul este întrerupt. Or, ţinând cont de faptul că medicaţia psihotropă are adesea efecte secundare şi/sau complianţa la tratamentul medicamentos a pacienţilor nu este nelimitată, procedurile cognitiv-comportamentale sunt o alternativă serioasă. Vom analiza pe rând aceste proceduri.

7.4.1. Proceduri de relaxare

După cum spuneam, procedurile de relaxare induc modificări la nivel biologic prin influenţarea balanţei neurovegetative, în sensul echilibrării acesteia şi al scăderii dominanţei sistemului nervos simpatic. Acest fapt este benefic deoarece reduce parametrii psihofiziologici ai stresului, cu impact

pozitiv asupra tratamentului tulburărilor psihice şi psihosomatice (Catania şi Brigham, 1978).

Cele mai utilizate proceduri de relaxare sunt:

– trainingul (antrenamentul) autogen;
– relaxarea progresivă Jacobson;
– tehnica biofeedback.

7.4.1.1. Antrenamentul autogen

I. *Aspecte generale*

Trainingul (antrenamentul) autogen este o procedură dezvoltată în 1932 de psihiatrul Johannes Schultz (1884-1970). Starea autogenă se obţine printr-un antrenament de câteva luni, în cursul cărora se efectuează următoarele exerciţii:

(1) exerciţiul bazal prin care se obţine starea de relaxare:
  – introducere (1-2 şedinţe);
  – exerciţiul greutăţii (2-3 şedinţe);
  – exerciţiul căldurii (2-3 şedinţe);
  – exerciţiul cardiac (2 şedinţe);
  – exerciţiul respirator (1 şedinţă);
  – exerciţiul plexului solar (1 şedinţă);
  – exerciţiul răcorii frunţii (2 şedinţe);
(2) exerciţiul prin care se induc modificări somatice;
(3) exerciţiul prin care se induc modificări psihice;
(4) exerciţiul meditaţiei.

Vom prezenta în cele ce urmează una dintre variantele scurte ale primului exerciţiu, în scopul obţinerii relaxării, aşa cum se aplică el frecvent în practica clinică.

II. *Exerciţiul bazal prin care se obţine starea de relaxare*

Introducere: (1) se prezintă tehnica, istoricul ei, aplicaţiile sale (pentru detalii, vezi Schultz şi Luthe, 1969); (2) se alege o poziţie confortabilă (cele mai indicate fiind: culcat pe spate sau într-un fotoliu comod); şi (3) i se cere pacientului ca, pe tot parcursul exerciţiului, să aibă o atitudine pasiv-contemplativă, aşteptând ca răspunsul la sugestii să apară de la sine. Apoi, într-o ambianţă liniştită, i se spune:

– Acum te rog să închizi uşor ochii şi să respiri adânc de 2-3 ori.

– Începi să fii calm şi relaxat.
– La început, încercând să te relaxezi, s-ar putea să-ţi vină în minte mai multe gânduri decât erau înainte. Lasă-le să treacă; cum vin, aşa pleacă.
– O linişte plăcută te cuprinde.
– Eşti tot mai calm şi mai relaxat.

Exerciţiul greutăţii

– Acum te concentrezi uşor asupra mâinii drepte (sau stângi, în funcţie de braţul dominant – se începe cu braţul dominant):

Mâna dreaptă începe să devină mai grea.
Mâna dreaptă este mai grea.
O greutate plăcută cuprinde mâna dreaptă.
Mâna dreaptă este grea.
Mâna dreaptă este grea ca plumbul.
Mâna dreaptă este grea ca un braţ de statuie.
Mâna dreaptă grea. (Se repetă de 5-20 de ori.)
(Se procedează identic pentru mâna stângă.)
Braţele sunt grele, grele ca plumbul, ca nişte braţe de statuie. (Se repetă de 5-20 de ori.)

– Acum te concentrezi uşor asupra picioarelor:

Picioarele încep să devină mai grele.
Picioarele sunt mai grele.
O greutate plăcută cuprinde picioarele.
Picioarele sunt grele.
Picioarele sunt grele ca plumbul.
Picioarele sunt grele ca nişte picioare de statuie.
Picioarele grele. (Se repetă de 5-20 de ori.)
Întregul corp este greu.
Greu ca plumbul.
Eşti calm, relaxat.
Întregul corp este greu ca plumbul.
Eşti calm, relaxat.

Exerciţiul căldurii

Mâna dreaptă începe să devină mai caldă.
Mâna dreaptă este mai caldă.

O căldură plăcută cuprinde mâna dreaptă.
Mâna dreaptă este caldă.
Mâna dreaptă este caldă. (Se repetă de 5-20 de ori.)
(Se procedează identic pentru mâna stângă.)
Braţele sunt calde. (Se repetă de 5-20 de ori.)
Picioarele încep să devină mai calde.
Picioarele sunt mai calde.
O căldură plăcută cuprinde picioarele.
Picioarele sunt calde.
Eşti calm, relaxat.
Întregul corp este greu ca plumbul.
Braţele şi picioarele sunt calde.
O linişte plăcută te cuprinde.
Eşti calm, relaxat.

Exerciţiul cardiac
Inima bate liniştit şi ritmic. (Se repetă de 5-20 de ori.)

Exerciţiul respiraţiei
Respiraţia este adâncă şi liniştită. (Se repetă de 5-20 de ori.)

Exerciţiul plexului solar.
Plexul solar este mai cald.
O căldură plăcută cuprinde plexul solar.
Plexul solar este cald. (Se repetă de 5-20 de ori.)

Exerciţiul răcorii frunţii
O răcoare plăcută cuprinde fruntea.
Fruntea este răcoroasă. (Se repetă de 5-20 de ori.)
Eşti calm, relaxat.
O linişte plăcută te-a cuprins.
Orice senzaţie neplăcută a dispărut.
Eşti calm, relaxat.

Exerciţiul de anulare a stării autogene

Respiri adânc, liniştit.

Te simţi refăcut, ca după un somn lung, odihnitor.

Deschizi uşor ochii, te trezeşti.

Mişcă braţele şi picioarele.

III. *Mecanismul antrenamentului autogen*

Poziţia aleasă, închiderea ochilor şi condiţiile de mediu induc în mod natural, prin mecanisme fiziologice specifice, o stare de relaxare. De exemplu, lipsa stimulării proprioceptive intense (prin poziţia aleasă) şi a stimulărilor din mediu (prin închiderea ochilor şi organizarea mediului) reduce activitatea formaţiunii reticulate şi gradul de stimulare pe care aceasta îl exercită asupra scoarţei cerebrale. În consecinţă, tonusul muscular se reduce şi muşchii se relaxează. Pe acest fond se recită formulele verbale specifice. Acestea îndeplinesc două funcţii:

(1) se asociază cu starea de relaxare naturală indusă deja prin mecanismele amintite anterior; prin asocieri repetate, se ajunge să se poată declanşa rapid starea de relaxare, ca urmare a conexiunii puternice existente la nivel cortical, formată prin exerciţiu, între formulele verbale şi starea de relaxare musculară. Altfel spus, subiectul ajunge să îşi genereze relaxarea musculară prin formulele verbale, aşa cum îşi controlează comportamentul operant prin formule verbale;

(2) în primele şedinţe ale trainingului autogen, formulele verbale joacă, de asemenea, rolul unor atribuiri eronate. Mai precis, persoana interpretează subiectiv senzaţiile intero- şi proprioceptive, adesea ambigue, prin intermediul formulelor verbale, care dezambiguizează stimulările respective. Procesul este similar cu efectul deja clasic al figurilor duble în care ceea ce vedem este în funcţie de expectanţele pe care le avem, altfel spus, reprezintă interacţiunea dintre ceea ce este şi ceea ce ne aşteptăm să fie. În acelaşi mod, formulele verbale utilizate în antrenamentul autogen generează anumite expectanţe referitoare la ceea ce vom simţi, iar interacţiunea lor cu ceea ce se întâmplă la nivel fiziologic produce trăirile subiective specifice (de exemplu, senzaţia de greutate – care corespunde decontracturii musculare; de căldură – care corespunde vasodilataţiei; de răcoare a frunţii – care corespunde vasoconstricţiei de la acest nivel etc.). Acest mecanism este esenţial în învăţarea trainingului autogen deoarece el reduce anxietatea de performanţă ce ar rezulta în cazul în care subiectul nu ar simţi în scurt timp, la nivel subiectiv, cele sugerate. Ulterior, această anxietate de performanţă ar împiedica tocmai atingerea relaxării.

7.4.1.2. Relaxarea progresivă Jacobson

I. *Aspecte generale*

Aceasta este o metodă de relaxare iniţiată de medicul Edmund Jacobson (1888-1983). Ea constă în alternarea relaxării şi tensionării principalelor grupe de muşchi, până la eliminarea contracţiilor musculare şi atingerea relaxării (Jacobson, 1938).

II. *Etapele relaxării progresive Jacobson* (aşa cum se aplică ea frecvent în practica clinică)

1. Introducere: se prezintă principiile tehnicii, istoricul şi aplicaţiile ei; se alege o poziţie confortabilă într-un fotoliu sau culcat pe spate.
2. Acum închide uşor ochii şi respiră adânc de trei ori.
3. Strânge puternic pumnul drept, astfel încât să simţi tensiune în mână şi antebraţ. Menţinem această poziţie. Observă ce simţi. Acum relaxează-te. Observă diferenţa.
4. Repetă secvenţa 3.
5. Repetă secvenţele 3 şi 4 pentru pumnul stâng.
6. Strânge puternic pumnul drept şi îndoaie antebraţul astfel încât să simţi tensiune în antebraţ şi biceps. Menţinem această poziţie. Observă ce simţi. Acum relaxează-te. Observă diferenţa.
7. Repetă secvenţa 6.
8. Repetă secvenţele 6 şi 7 pentru mâna stângă.
9. Acum repetă simultan secvenţele 7 şi 8.
10. Strânge puternic muşchii din jurul ochilor, astfel încât să simţi tensiune în jurul ochilor şi la nivelul frunţii. Menţinem această poziţie. Observă ce simţi. Bine, acum relaxează-te. Observă diferenţa.
11. Repetă secvenţa 10.
12. Strânge puternic maxilarul, ridică bărbia, astfel încât muşchii cefei să fie contractaţi. Menţinem această poziţie. Observă ce simţi. Bine, acum relaxează-te. Observă diferenţa.
13. Repetă simultan secvenţele 10 şi 12.
14. Împinge puternic pieptul în faţă şi trage umerii înapoi, astfel încât să simţi tensiune în muşchii spatelui. Menţinem această poziţie. Observă ce simţi. Foarte bine, acum relaxează-te. Observă diferenţa.
15. Repetă secvenţa 14 şi, în plus, trage abdomenul astfel încât să simţi muşchii abdomenului încordaţi. Menţinem această poziţie. Observă ce simţi. Bine, acum relaxează-te. Observă diferenţa.
16. Repetă secvenţa 15.

17. Respiră adânc de trei ori şi repetă simultan secvenţele 9, 13 şi 15.
18. Ridică degetele de la picioare, astfel încât să simţi o tensiune puternică în gamba şi coapsa dreaptă. Menţinem această poziţie. Observă ce simţi. Bine, acum relaxează-te. Observă diferenţa.
19. Repetă secvenţa 18.
20. Repetă secvenţele 18 şi 19 pentru piciorul stâng.
21. Repetă secvenţele 20 şi 19 simultan.
22. Respiră adânc de trei ori şi repetă simultan secvenţele 9, 13, 15 şi 21.

Fiecare exerciţiu durează aproximativ 20-30 de minute. Ulterior, implementând succesiunea de mai jos, se ajunge ca, după o săptămână de practică, pacientul să se relaxeze rapid (în câteva secunde), implementând doar paşii 1 şi 22:

1. practicaţi cele 22 de secvenţe de cel puţin 3 ori în decursul a 2 zile;
2. practicaţi secvenţele 1, 9, 17 şi 22 de cel puţin 3 ori în decursul a 2 zile;
3. practicaţi secvenţele 1 şi 22 de cel puţin 3 ori în decursul unei zile.

III. *Mecanismul relaxării progresive Jacobson*

Mecanismul este similar celui implicat în antrenamentul autogen, descris anterior. Aşadar, prin tehnica relaxării progresive Jacobson, subiectul învaţă să operaţionalizeze conceptele de relaxare şi tensiune. Ulterior, ca urmare a exerciţiilor repetate, se întăreşte conexiunea dintre eticheta lingvistică de relaxare şi starea efectivă pe care aceasta o defineşte, persoana reuşind astfel să-şi controleze lingvistic şi voluntar relaxarea musculară.

7.4.1.3. Tehnica biofeedback

I. *Aspecte generale*

Biofeedbackul este o metodă dezvoltată în anii ’60 în Statele Unite. Psihologul Neal Miller este considerat părintele biofeedbackului; el a fost primul care a observat şi sistematizat principiile de bază ale acestuia. Miller a constatat că, stimulând centrii plăcerii din creierul şoarecilor, aceştia au fost capabili să înveţe, utilizând această stimulare ca întărire, să-şi controleze manifestări diverse, de la ritmul cardiac la undele cerebrale. Până la el se considera că, aflându-se sub controlul sistemului nervos vegetativ, astfel de funcţii ale organismului (de exemplu, rata cardiacă) nu pot fi influenţate conştient (Richter şi Miller, 1982).

Pe scurt, tehnica presupune utilizarea unor instalaţii electronice pentru detectarea şi

amplificarea unor procese fiziologice inconştiente (de exemplu, conductanţa electrică a pielii, pulsul, ritmul cardiac, undele alfa cerebrale etc.). Semnalul fiziologic – transformat cu ajutorul acestor instalaţii electronice în stimul auditiv sau vizual – este prezentat subiectului, care conştientizează astfel indirect (cu ajutorul semnalului vizual sau auditiv) respectivele procese fiziologice inconştiente. Aceasta constituie premisa controlului pe care individul îl poate dobândi asupra lor. Aşadar biofeedbackul este o tehnică prin care ajungem să controlăm anumite funcţii interne ale organismului. În comparaţie cu tehnicile de relaxare amintite mai sus, biofeedbackul realizează o mai mare discriminare a proceselor fiziologice inconştiente. De exemplu, în trainingul autogen şi în relaxarea progresivă Jacobson, subiectul discriminează numai între starea de relaxare şi starea de tensiune. Sigur că aceste stări presupun modificări specifice ale proceselor fiziologice (relaxarea presupune reducerea ritmului cardiac, reducerea conductanţei electrice a pielii, apariţia undelor alfa etc.), dar subiectul nu conştientizează şi nu controlează modificarea fiziologică specifică (cum ar fi apariţia undelor alfa), ci doar o stare de ansamblu (relaxarea), care presupune uneori implicit starea fiziologică specifică. Această diferenţă nu are importanţă dacă scopul pe care îl urmărim este inducerea unei stări generale de relaxare. Consecinţa este însă alta dacă dorim modificarea specifică a anumitor parametri fiziologici, cum se întâmplă în cazul unor tulburări psihosomatice ţintă (de exemplu, reducerea tensiunii arteriale în hipertensiune). În această situaţie, utilizarea tehnicii biofeedback pentru modificarea parametrului fiziologic ţintă, spre deosebire de utilizarea unei tehnici de relaxare ce determină o modificare globală a tuturor parametrilor fiziologici, se exprimă în eficientizarea controlării parametrului de interes, atât sub aspectul vitezei, cât şi al stabilităţii şi intensităţii. Sigur că şi în cazul tehnicii biofeedback, modificând un parametru (de exemplu, reducerea ritmului cardiac), influenţăm şi alte procese fiziologice (de exemplu, reducerea tensiunii arteriale), dar tehnica se focalizează în principal pe elementul care ne interesează, cu consecinţele pozitive amintite mai sus.

II. *Secvenţele tehnicii biofeedback*

Şedinţa 1. Introducere

Se urmăreşte: (a) justificarea faţă de subiect a utilizării tehnicii biofeedback, raportată la problema pe care urmărim să o rezolvăm, (b) operaţionalizarea termenilor de relaxare şi tensiune, (c) prezentarea tehnicii biofeedback ca tehnică de relaxare şi/sau de modificare a unor parametri specifici – istoric, evoluţie, procedură, eficienţă –, (d) prezentarea instalaţiei şi a aparaturii – este important ca subiectul să manipuleze aparatul pentru a se familiariza cu el –, (e) alegerea funcţiei fiziologice specifice care va face obiectul controlului. Dacă scopul este inducerea unei stări de relaxare, este indicat ca subiectul să fie influenţat indirect să opteze pentru modificarea pulsului deoarece: (1) este o funcţie mai uşor controlabilă comparativ cu undele alfa sau cu conductanţa

electrică a pielii; (2) corespunde cu miturile referitoare la ce înseamnă relaxare; şi (3) nu implică starea de anxietate care s-ar genera în cazul în care am încerca să modificăm funcţiile strâns legate de un organ vital (de exemplu, undele alfa cerebrale). Optăm pentru o modificare a oricărui parametru fiziologic în cazul în care condiţiile şi boala pacientului o cer.

Şedinţa 2

Se începe exerciţiul propriu-zis într-o ambianţă liniştită, cu lumină difuză şi după ce pacientul îşi alege o poziţie confortabilă, încercând să se relaxeze. Uneori, relaxarea este indusă în prealabil de terapeut, treptat pacientul învăţând, cu ajutorul tehnicii biofeedback, să şi-o inducă singur. Pe măsură ce apar modificările dorite (cum ar fi reducerea intensităţii sunetului în cască odată cu reducerea frecvenţei pulsului), terapeutul administrează întăriri pacientului (de exemplu, „Da!”, „Bine!”, „Excelent!”, „Continuă!” sau semne nonverbale de încurajare), efectele biofeedbackului fiind condiţionate, în fapt, de cunoscuta lege a efectului, reformulată de Skinner: un comportament (în cazul nostru, un răspuns biologic) urmat de o întărire pozitivă tinde să-şi crească ocurenţa. Treptat, întăririle sunt administrate de pacient (autoîntăriri) pentru ca, apoi, tocmai apariţia în diverse grade a efectului dorit (reducerea intensităţii sunetului) să funcţioneze ca întărire. Atunci când subiectul reuşeşte să-şi controleze voluntar funcţia internă în condiţiile de mai sus, se trece, în şedinţele următoare, la încercarea de a o controla în contexte mai ecologice, parcurgându-se următoarele gradaţii:

– aceleaşi condiţii ca mai sus, dar cu ochii deschişi;
– aceleaşi condiţii ca mai sus, dar fără aparat;
– într-o cameră bine luminată, cu aparat;
– într-o cameră bine luminată, fără aparat;
– într-o cameră bine luminată, în prezenţa a 2-3 persoane, cu aparat;
– într-o cameră bine luminată, în prezenţa mai multor persoane, fără aparat.

În situaţia în care exerciţiile se desfăşoară fără aparat, înregistrarea modificării se realizează ulterior efectuării acestora. Ori de câte ori o fază nu funcţionează, ne întoarcem la cea anterioară, pe care o stabilizăm, şi încercăm apoi să abordăm din nou, în mod gradat, faza la care au existat probleme. Este indicat ca între şedinţele terapeutice pacientul să exerseze singur acasă, de cel puţin două ori pe zi în faza de învăţare. După ce subiectul a învăţat tehnica, frecvenţa exerciţiilor se poate reduce, cu condiţia ca ea să fie practicată efectiv pentru modificări fiziologice specifice sau generale (vezi starea de relaxare).

III. *Mecanismul biofeedbackului*

Prin tehnica biofeedback, subiectul învaţă să operaţionalizeze conceptul de relaxare şi/sau de modificare a unui parametru specific (de exemplu, apariţia ritmului alfa). Ulterior, ca urmare a exerciţiilor repetate, se întăreşte conexiunea dintre eticheta lingvistică de relaxare şi/sau modificarea specifică şi starea efectivă pe care acestea o definesc, subiectul reuşind astfel să-şi controleze lingvistic şi voluntar relaxarea musculară şi/sau modificarea specifică.

Tehnica biofeedback este favorizată de următoarele premise:

(1) De cele mai multe ori, o funcţie internă a organismului nu este liniară, ea variind continuu între anumite limite. În momentul în care terapeutul observă o variaţie a funcţiei în sensul urmărit, va administra întăririle care, conform principiului condiţionării operante, vor duce la creşterea ocurenţei modificării dorite.

(2) Poziţia aleasă, închiderea ochilor şi condiţiile de mediu induc, în mod natural, prin mecanisme fiziologice specifice, o stare de relaxare. De exemplu, lipsa stimulării proprioceptive intense (datorită poziţiei alese) şi a stimulărilor din mediu (datorită închiderii ochilor şi organizării mediului) reduce activitatea formaţiunii reticulate şi gradul de stimulare pe care aceasta îl exercită asupra scoarţei cerebrale. În consecinţă, tonusul muscular scade şi muşchii se relaxează.

(3) În cazul în care, după mai multe încercări, modificarea dorită nu apare sau nu se menţine nici măcar un timp scurt, terapeutul poate schimba uşor (în sensul dorit şi aşteptat de subiect) şi intenţionat valoarea parametrului conştientizabil (sunetul) prin care funcţia internă se exprimă, chiar dacă funcţia în sine nu s-a modificat. Altfel spus, se induce subiectului iluzia că funcţia a început să se schimbe în sensul dorit. Aceasta duce la scăderea anxietăţii de performanţă a subiectului, care interferează adesea cu apariţia modificării dorite. Mai mult, pentru a stimula apariţia acesteia, terapeutul poate da pacientului sugestii asemănătoare celor din trainingul autogen; nu este însă indicat să se abuzeze de aceste formule, deoarece se elimină unul dintre aspectele fundamentale ale biofeedbackului, şi anume sentimentul de independenţă şi autocontrol asupra unei funcţii fiziologice specifice. Tehnica biofeedback este recomandată în special atunci când dorim să influenţăm preponderent un proces fiziologic ţintă. De asemenea, este important să ştim că ea pare a fi preferată, în raport cu celelalte, de pacienţii cu o pregătire tehnică sau în ştiinţele exacte.

7.4.1.4. Tehnica de control al respiraţiei

Pacientul este învăţat să respire uşor şi lent pe nas (3-4 secunde inspiraţia, 4 secunde expiraţia). Cei care au o respiraţie toracică tind să hiperventileze, ceea ce duce la o concentraţie mai mare a

oxigenului în sânge şi la simptome similare celor din debutul atacurilor de panică. Respirând calm, după modelul de mai sus, se generează răspunsul de relaxare.

◊ EXEMPLU

Puneţi palma dreaptă pe piept şi cea stângă pe abdomen. Inspiraţi adânc. Dacă palma dreaptă se ridică, deplasându-se înainte, iar cea stângă se deplasează înapoi, aveţi respiraţie toracică. Dacă palma dreaptă rămâne în poziţia iniţială, iar cea stângă se deplasează înainte, aveţi o respiraţia abdominală, indicată adesea în diverse exerciţii yoghine.

Indicaţii: tehnica este utilă când dorim să învăţăm pacientul să prevină şi să controleze hiperventilaţia.

O altă variantă pentru controlul hiperventilaţiei este *respiraţia în pungă*. Respirând în pungă, treptat, creşte concentraţia de dioxid de carbon, ceea ce reduce efectele hiperventilaţiei.

Indicaţii: tehnica se utilizează în stările de criză, panică etc.

Concluzii

Procedurile de relaxare descrise aici se constituie în metode eficiente de intervenţie nu doar pentru remiterea unor tulburări, ci şi pentru prevenirea acestora şi îmbunătăţirea performanţelor subiecţilor în situaţii în care starea de relaxare este un factor care poate creşte eficienţa (de exemplu, performanţele sportive – tirul cu arcul etc.). Cercetările actuale se focalizează în special pe circumscrierea profilului psihologic al subiecţilor care pot obţine beneficii printr-o tehnică sau alta, precum şi asupra modului în care acestea pot fi combinate în scopul creşterii eficienţei lor (de exemplu, trainingul autogen cu biofeedbackul, relaxarea progresivă cu biofeedbackul).

7.4.2. Proceduri de activare fiziologică

Procedurile de activare fiziologică sunt uneori indicate ca tehnici de restructurare cognitivă şi/sau ca tehnici de control al unor manifestări psihofiziologice/biologice cu impact negativ.

7.4.2.1. Tehnica expunerii interoceptive/hiperventilaţiei

În acest caz, se cere pacientului să respire pe gură adânc şi cu frecvenţă mare, timp de 1-2 minute. Acest exerciţiu va duce la apariţia hiperventilaţiei şi, în consecinţă, la manifestarea unor simptome

asemănătoare celor declanşate în crizele anxioase (leşin, ameţeală, ritm cardiac crescut etc.). Tehnica este utilă în restructurările cognitive din atacul de panică, atunci când pacientul trebuie convins că atacurile sale sunt declanşate prin mecanismul hiperventilaţiei şi nu se datorează unei boli grave, incurabile şi incontrolabile.

Contraindicaţii: tehnica nu se recomandă în cazul pacienţilor cu tulburări cardiovasculare şi ale aparatului respirator.

7.4.2.2. Tehnica aplicării tensiunii (applied tension)

În anumite tulburări (de exemplu, fobii legate de sânge) nu apare o stare de activare fiziologică, ci o reacţie vagală (scăderea bruscă a tensiunii), ceea ce duce la ameţeală şi leşin. În acest caz, se aplică tehnica tensiunii musculare (*applied tension*) (se contractă grupele musculare după modelul descris în relaxarea progresivă Jacobson) pentru a creşte tensiunea şi a produce efecte opuse celor vagale.

7.4.3. Tehnici de modificare a comportamentelor respondente

Aceste tehnici au fost elaborate în terapia comportamentală în scopul modificării comportamentelor respondente (de exemplu, activare fiziologică) ale unor stimuli-ţintă.

7.4.3.1. Tehnica expunerii (flooding)

Întreruperea legăturii dintre stimulul condiţionat (de exemplu, stimulul fobic) şi reacţia condiţionată (reacţia anxioasă) se poate face pe baza inhibiţiei de stingere. Altfel spus, subiectul este expus la stimulul fobic, fiind lăsat să experienţieze timp îndelungat starea de anxietate, până la apariţia inhibiţiei de stingere. Inhibiţia de stingere se referă la faptul că, dacă stimulul condiţionat nu este însoţit de stimulul necondiţionat, treptat, acesta nu mai determină răspunsul condiţionat. Altfel spus, dacă stimulul fobic nu este însoţit de un stimul necondiţionat care determină o reacţie de anxietate, treptat, el nu va mai determina anxietate condiţionată (intensitatea anxietăţii se reduce gradat în cursul expunerii). Aceasta este cea mai eficientă tehnică de intervenţie în tratamentul fobiilor.

Există câteva variante ale acestei tehnici (toate presupunând însă prezenţa stării de anxietate):

(1) stimulul anxiogen poate fi prezentat *in vivo* (real) – integral sau gradat;
(2) stimulul anxiogen poate fi prezentat *in vitro* (imaginar) – integral sau gradat.

Indicaţii: tehnica este utilă în cazul fobiilor de intensitate clinică şi subclinică; timpul de expunere trebuie să fie cât mai mare: la început, reacţia anxioasă va deveni mai puternică, dar apoi, pe măsura expunerii prelungite, ea se va diminua.

Contraindicaţii: tehnica nu se recomandă în cazul pacienţilor cu boli cardiovasculare; nu se fac expuneri de scurtă durată.

7.4.3.2. Tehnica implozivă

Această tehnică este similară cu tehnica expunerii, dar stimulul condiţionat este unul exagerat. De exemplu, stimulul fobic este exagerat în frecvenţă sau intensitate, astfel încât el generează o stare de anxietate extrem de puternică. Această stare se diminuează ulterior, probabil prin inhibiţia de stingere şi/sau inhibiţia de protecţie; în al doilea caz, răspunsul inhibitor ar fi unul înnăscut, de protecţie a sistemului nervos faţă de un excitant prea puternic.

◊ EXEMPLU

În cazul unei fobii legate de şobolani, subiectului i se cere să-şi imagineze că este acoperit cu şobolani care mişună pe corpul său; şobolanii sunt mulţi, din ce în ce mai mulţi etc. Spre deosebire de tehnica expunerii, care aproximează situaţia din realitate, această tehnică o exagerează.

Indicaţii: tehnica se utilizează *in vitro* (în imaginar), în cazul subiecţilor foarte motivaţi pentru o remitere rapidă a simptomatologiei.

Contraindicaţii: tehnica nu se utilizează *in vivo* (condiţii reale) şi în cazul pacienţilor cu tulburări cardiovasculare.

7.4.3.3. Tehnica desensibilizării progresive

În acest caz, întreruperea legăturii dintre stimulul condiţionat (de exemplu, stimul fobic) şi reacţia condiţionată (de exemplu, anxietate) se face în baza inhibiţiei reciproce (contracondiţionare/*counterconditioning*). Altfel spus, stimulului condiţionat i se ataşează un nou răspuns (relaxare), incompatibil cu reacţia anterioară (anxietatea). Procedura a fost promovată şi dezvoltată de Joseph Wolpe. Ea presupune mai multe etape (aşa cum se utilizează ele în practica clinică):

(1) Se identifică stimulul anxiogen (de exemplu, înălţimea, în cazul fobiei de înălţime).
(2) Stimulul anxiogen este gradat (de exemplu, gradaţia 1 – etajul 1, gradaţia 2 – etajul 2 etc.), astfel încât, evaluat pe o scală de la 0 (stimul neanxiogen) la 100 (stimul extrem de anxiogen), fiecare gradaţie să nu depăşească cu mai mult de 5 puncte evaluarea nivelului imediat inferior. Se fac aproximativ 15-20 de gradaţii, începând de la 0 până la 100.
(3) Subiectul este învăţat o tehnică de relaxare.
(4) Pe fondul stării de relaxare, subiectului i se prezintă, în mod gradat, stimulul anxiogen, *in vivo* (real) sau *in vitro* (imaginar). Se începe cu prima gradaţie (etajul 1). Subiectul este expus timp de 10 secunde la acest stimul. Dacă reacţia anxioasă nu apare (evaluarea pe care o face subiectul în această condiţie, pe scala de la 0 la 100, este 0 sau mai mică decât 5), se trece la gradaţia 2. Dacă apare reacţia anxioasă, atunci se fac următoarele operaţii:
   (a) se repetă prezentarea gradaţiei 1, pe fond de relaxare. Dacă reacţia anxioasă nu apare, se trece la gradaţia 2. Dacă reacţia anxioasă apare, se trece la (b);
(b) pe fond de relaxare se prezintă gradaţia 1, timp de 20 de secunde. Dacă reacţia anxioasă nu apare, se trece la gradaţia 2. Dacă reacţia anxioasă apare, se trece la (c);
(c) gradaţia 1 se descompune în alte componente, mai puţin anxiogene (de exemplu, gradaţia 1a – parter, gradaţia 1b – urc treptele către etajul 1 etc.);
(d) se prezintă gradaţia 1a şi secvenţele se reiau.

Dacă desensibilizarea s-a realizat *in vitro* (în imaginar), spre sfârşitul terapiei ea trebuie transpusă *in vivo* (în realitate). Există o diferenţă de aproximativ 5 situaţii din cele ierarhizate între expunerea *in vivo* şi expunerea *in vitro*, expunerea în imaginar devansând aşadar expunerea *in vivo* cu 5 gradaţii.

Indicaţii: tehnica se utilizează în cazul fobiilor clinice extrem de intense şi al pacienţilor cu tulburări cardiovasculare.

7.4.3.4. Tehnica expunerii gradate

Tehnica expunerii gradate este o variantă a tehnicii de desensibilizare progresivă, în care se utilizează pentru inhibiţie reciprocă nu o tehnică de relaxare, ci un comportament natural (de exemplu, nonanxios) al pacientului (vezi procedura utilizată de Jones pentru „cazul micului Peter” şi descrisă în secţiunea 1.2.1.1). Ea apare în două variante, ambele descoperite de Jones. În prima variantă, stimulul condiţionat anxiogen este prezentat (adesea gradat, la o intensitate slabă) astfel încât răspunsul condiţionat să nu apară. În „cazul micului Peter”, de exemplu, şobolanul de care se temea era într-o cuşcă, la o oarecare distanţă de copil, în timp ce acesta se juca; apoi cuşca a fost

adusă mai aproape, până când Peter a tolerat animalul în preajma sa. În a doua variantă, stimulul condiţionat anxiogen este prezentat (adesea gradat, la o intensitate slabă) în timp ce pacientul are un comportament nonanxios (de exemplu, mănâncă), comportament care este întărit pozitiv cu întăriri primare (hrană). Şi această procedură a fost folosită de Jones cu succes în „cazul micului Peter". Utilizând aceste tehnici, stimulul fobic îşi pierde valoarea de stimul condiţionat pentru reacţia anxioasă, el generând, în final, un răspuns nonanxios.

O variantă a acestor tehnici este tehnica modelării (vezi procedura utilizată de Jones şi contribuţiile lui Bandura, descrise în secţiunea 1.2.1.1), în cadrul căreia pacientul, cu tulburare fobică, de exemplu, este expus gradat şi indirect la stimulul fobic, observând comportamentul terapeutului (sau al altor pacienţi care pot avea rol de model pentru el) de abordare gradată şi nonanxioasă a stimulului. Ulterior, prin învăţare vicariantă (modelare), pacientul urmează şi imită comportamentul gradat şi nonanxios al terapeutului faţă de stimulul fobic. În „cazul micului Peter", acesta a urmărit acest comportament efectuat de copii de vârsta lui care nu se temeau să se joace cu şobolanul, apărând ameliorări ale fobiei iniţiale.

Indicaţii: tehnica se utilizează în terapia copilului şi adolescentului.

7.5. Proceduri cognitiv-comportamentale multimodale

Procedurile cognitiv-comportamentale multimodale sunt proceduri care au efect simultan asupra unor răspunsuri ce se manifestă în modalităţi diferite (afectiv-emoţional/subiectiv, cognitiv, comportamental şi/sau psihofiziologic/biologic).

7.5.1. Sugestia, hipnoza şi hipnoterapia

I. *Aspecte generale*

Hipnoza este o tehnică în care, cu ajutorul sugestiei, se urmăreşte declanşarea unor răspunsuri afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi/sau psihofiziologice/biologice. Sugestia este un stimul verbal care declanşează un răspuns la nivel afectiv-

emoţional/comportamental, cognitiv, comportamental şi psihofiziologic/biologic, iar aceste răspunsuri sunt experienţiate de subiect ca fiind involuntare şi conştiente (pentru detalii, vezi David, 2006a). Hipnoterapia este hipnoza utilizată în tratamentul diverselor afecţiuni psihice, somatice şi psihosomatice. Hipnoterapia se derulează pe parcursul mai multor faze:

(1) Decizia de a utiliza hipnoterapia ca formă de tratament. Această fază este condiţionată de (vezi, pentru detalii, David, 2006a; David *et al.*, 1998/2000):
   – angajamentul teoretico-pragmatic şi pregătirea psihoterapeutului;
   – calităţile pacientului, care se constituie în disponibilităţi pentru hipnoterapie;
   – gradul de eficienţă al hipnoterapiei în tratamentul tulburărilor-ţintă, reflectat de cercetările de specialitate şi de experienţa clinică.
(2) Implementarea eficientă de către psihoterapeut a unei tehnici hipnotice şi a intervenţiei hipnoterapeutice propriu-zise.

Din punctul de vedere al validării ştiinţifice şi luând drept criteriu sursa angajamentului teoretic care fundamentează intervenţia, hipnoterapia poate fi utilizată în psihoterapie în două forme:

   – hipnoterapie propriu-zisă (pentru detalii, vezi David, 2006a; David *et al.*, 1998/2000);
   – hipnoterapie combinată cu psihoterapie cognitiv-comportamentală: hipnoterapie cognitiv-comportamentală.

II. *Hipnoterapia cognitiv-comportamentală*

Psihoterapia cognitiv-comportamentală presupune tehnici de intervenţie la nivel cognitiv, comportamental şi psihofiziologic/biologic, care se exprimă apoi în trăiri afectiv-emoţionale/subiective. Eficienţa acestor tehnici poate creşte dacă sunt asociate cu tehnica hipnotică (David *et al.*, 1998, 2000).

Intervenţiile la nivel cognitiv

Uneori, restructurarea cogniţiilor disfuncţionale şi/sau iraţionale în scopul asimilării cogniţiilor funcţionale şi/sau raţionale se poate face sub hipnoză. Existând o deschidere operaţională largă, eventualele rezistenţe ale subiectului pot fi diminuate prin faptul că sunt dezactivate cogniţiile disfuncţionale/iraţionale. Şi alte tehnici cognitive pot favoriza procesul de asimilare a cogniţiilor funcţionale şi/sau raţionale – de exemplu, prin repetarea acestora (a cogniţiilor) un timp îndelungat. Deşi eficiente la nivel experimental, unele sunt mai greu de implementat în practică, deoarece creează un sentiment de penibil şi de neverosimil.

◊ EXEMPLUL 1

Tehnica repetiţiei: Repetă de 10-20-30-40 de ori: „Sunt cel puţin la fel de valoros ca şi ceilalţi!”.

◊ EXEMPLUL 2

Tehnica restructurării globale: „Uite, hai să presupunem că eşti o persoană nouă, uităm toate trăsăturile pe care le-ai avut înainte şi îţi formezi o nouă personalitate, caracterizată prin… (se enumeră aspectele pozitive)”.

Aplicate însă sub hipnoză, în contextul special creat de aceasta, tehnicile de mai sus sunt acceptabile, nefiind cu mult mai „ciudate” decât alte lucruri care se întâmplă sub hipnoză.

Intervenţiile la nivel comportamental

Înainte de a implementa *in vivo* un anumit comportament, el poate fi experimentat sau simulat în imaginar, sub hipnoză. Se pot identifica astfel consecinţele pozitive ale realizării lui, creşte sentimentul de autoeficacitate al subiectului, se anticipează eventualele piedici şi modul de depăşire a acestora, se elimină anxietatea de performanţă.

Intervenţiile la nivel psihofiziologic/biologic

În acest caz, hipnoza poate fi folosită în locul tehnicilor de relaxare. Mai mult, expunerea şi desensibilizarea progresivă în imaginar pot fi uneori realizate mai eficient pe fondul hipnozei, deoarece relaxarea poate fi mai adâncă şi mai rapidă, iar imaginile pot fi mai intense şi mai clare. Prin hipnoză poate fi indusă şi o stare de activare fiziologică (de exemplu, hipnoza activ-alertă), cu rol terapeutic important (de exemplu, în controlul reacţiilor vagale, al performanţelor sportive etc.).

III. *Anatomia unei proceduri prototip de inducţie hipnotică (elaborată de Daniel David)*

(Textul se citeşte cu o voce hipnotică – monotonă şi ritmică –, voce diferită de cea utilizată în comunicarea cotidiană; artificiile existente în text sunt aşadar justificate şi subordonate unui scop unic: inducerea stării de transă hipnotică.)

Începutul inducţiei

„Închide uşor ochii şi încearcă să te relaxezi. La început, încercând să te relaxezi, s-ar putea să-ţi vină în minte mai multe gânduri decât erau înainte. Lasă-le să treacă. Cum vin, aşa pleacă. Începi să fii mai calm şi relaxat, o linişte plăcută te cuprinde.”

Concentrarea atenţiei şi relaxarea progresivă

„Acum te concentrezi uşor asupra mâinii drepte (sau stângi – în funcţie de braţul dominant; se începe cu braţul dominant).

Mâna dreaptă este grea.

Mâna dreaptă începe să devină mai grea.

Mâna dreaptă este mai grea.

O greutate plăcută cuprinde mâna dreaptă.

Mâna dreaptă este grea ca plumbul.

Mâna dreaptă este grea ca un braţ de statuie.” (Se repetă de 5-10 ori.)

(Se procedează identic pentru mâna stângă.)

„Braţele sunt grele, grele ca plumbul, ca nişte braţe de statuie.

Acum te concentrezi uşor asupra picioarelor.

Picioarele încep să devină mai grele.

Picioarele sunt mai grele.

O greutate plăcută cuprinde picioarele.

Picioarele sunt grele.

Picioarele sunt grele ca plumbul.

Picioarele sunt grele ca nişte picioare de statuie.” (Se repetă de 5-10 ori.)

„Întregul corp este greu.

Greu ca plumbul.

Eşti calm, relaxat.

Întregul corp este greu ca plumbul.

Eşti calm, relaxat.

Mâna dreaptă începe să devină mai caldă.

Mâna dreaptă este mai caldă.

O căldură plăcută cuprinde mâna dreaptă.

Mâna dreaptă este caldă.” (Se repetă de 5-10 ori.)

(Se procedează identic pentru mâna stângă.)

„Braţele sunt calde.

Picioarele încep să devină mai calde.

Picioarele sunt mai calde.

O căldură plăcută cuprinde picioarele.

Picioarele sunt calde.” (Se repetă de 5-10 ori.)

„Eşti calm, relaxat.

Întregul corp este greu ca plumbul.

Braţele sunt grele ca plumbul.

Picioarele sunt grele ca plumbul.

Braţele şi picioarele sunt calde.

Umerii sunt relaxaţi şi căzuţi.

Muşchii feţei sunt relaxaţi şi calzi.

Întregul corp este relaxat, greu şi cald.

O linişte plăcută te cuprinde.

Eşti calm, relaxat.”

Adâncirea transei

„Eşti calm şi relaxat. Calmul înseamnă pacea sufletului, iar relaxarea, pacea corpului. Eşti calm, relaxat. Îţi concentrezi atenţia asupra propriei respiraţii. Inspiri, expiri. Cu fiecare respiraţie, un somn adânc, liniştitor te cuprinde, un somn adânc, inevitabil te cuprinde, inevitabil ca şi respiraţia. Inspiri somn, inevitabil, somn adânc şi inevitabil ca şi respiraţia. Voi număra uşor de la 1 la 10. Când ajung la 10, vei fi într-o stare adâncă de relaxare şi somn special. Mă vei auzi clar şi perfect.

Eşti calm, relaxat. Calmul înseamnă pacea sufletului, iar relaxarea, pacea corpului.

Cu fiecare inspiraţie, un somn adânc, inevitabil te cuprinde.

Eşti calm, relaxat.

Inspiri somn, somn adânc şi inevitabil, ca propria-ţi respiraţie. Celulele şi fibrele corpului tău încep să fie cuprinse de un somn adânc, inevitabil. Inevitabil, respiri. Inevitabil, somn. Respiri somn.

Tot mai multe celule, tot mai multe fibre ale corpului tău sunt cuprinse de un somn adânc, liniştitor.

Eşti calm, relaxat. Calmul înseamnă pacea sufletului, iar relaxarea, pacea corpului.

Un somn adânc, inevitabil ca şi respiraţia te cuprinde.

Tot mai multe celule şi fibre ale corpului tău sunt cuprinse de un somn adânc şi special. Adânc, greu, liniştitor. Inevitabil, dormi.

Eşti calm, relaxat. Întregul corp este greu.

Toate celulele, toate fibrele corpului tău dorm, cuprinse de un somn adânc şi special. Dormi.

Eşti calm, relaxat. Întregul corp doarme, cuprins de un somn adânc, adânc şi special, inevitabil ca şi propria respiraţie. Inevitabil, dormi, dar un somn special. Treptat, vei ignora orice zgomot din jur, auzind doar vocea mea, clar şi perfect. Dormi, mă auzi clar şi perfect, dormi (pauză între 5 şi 15 minute).”

Intervenţia psihologică cognitiv-comportamentală

Tehnici de intervenţie psihologică

Procedura de anulare a inducţiei hipnotice

„Voi număra uşor de la 1 la 5. Când voi ajunge la 5, vei deschide ochii şi te vei simţi calm şi relaxat, refăcut ca după un somn lung, odihnitor.

Eşti calm, relaxat. Întregul corp este greu.

O energie plăcută, reconfortantă începe să-ţi cuprindă întregul corp.

Întregul corp este cuprins de o energie plăcută, reconfortantă. Cu fiecare respiraţie, tot mai multă energie reconfortantă te inundă. Te simţi refăcut, ca după un somn lung, odihnitor.

În noaptea aceasta şi în nopţile ce vor veni, vei avea un somn lung şi odihnitor. Orice senzaţie neplăcută a dispărut. Orice senzaţie de greutate a dispărut. Eşti refăcut, ca după un somn lung, odihnitor.

Deschide ochii, te trezeşti. Mişcă uşor braţele şi picioarele."

IV. *Mecanismele hipnozei. Teoria deschiderii operaţionale*
(pentru detalii, vezi David, 2006a)

Pornim de la faptul că reprezentarea cunoştinţelor în sistemul nostru cognitiv poate fi simulată printr-o reţea conexionistă sau simbolică (pentru detalii, vezi Eysenck şi Keane, 2000). Altfel spus, unele cunoştinţe sunt activate, altele inhibate, iar altele, dezactivate. Patternul existent la un moment dat în sistemul cognitiv este determinat de evenimentele activatoare, de intenţiile subiectului şi de legăturile existente între reprezentările cunoştinţelor. De exemplu, într-o sală de clasă (stimul) vor fi amorsate cunoştinţe referitoare la materiile pe care le învăţăm acolo şi vor fi inhibate, în cazul majorităţii dintre noi, cunoştinţele referitoare la cum să facem dragoste. Aceasta deoarece, în cursul dezvoltării ontogenetice, cei mai mulţi dintre noi am învăţat (prin asocieri repetate) că într-o sală de clasă se citeşte, se scrie etc. şi nu se face dragoste. De cele mai multe ori, atunci când sunt amorsate cunoştinţele referitoare la cum să scriu, cunoştinţele referitoare la cum să fac dragoste vor fi inhibate. (De câte ori am asociat, în experienţa noastră, cele două tipuri de comportamente? Foarte rar sau niciodată.) Mai degrabă, cunoştinţele referitoare la cum să scriu îmi vor amorsa cunoştinţele referitoare la cum să citesc, aceste două activităţi fiind frecvent asociate în experienţa noastră de viaţă. Alte cunoştinţe, precum cele referitoare la cum să mănânc, pot fi dezactivate în acest context, deoarece ele nu sunt nici compatibile, nici incompatibile cu el. Rezumând, în orice context (stimulare externă sau internă) avem unele cunoştinţe activate, altele inhibate, iar altele dezactivate. Ele formează un pattern specific la nivel cognitiv (deschidere operaţională), care va

susţine un anumit spectru de comportamente. Comportamentele noastre vor fi determinate de cunoştinţele cele mai activate (David, 2000). Cu cât numărul de cunoştinţe activate sau cu un anumit rest de activare (dezactivate, dar nu inhibate) este mai mare, iar numărul de cunoştinţe inhibate este mai mic, cu atât deschiderea operaţională este mai mare. Altfel spus, există premisa efectuării mai multor comportamente (Anderson, 1990, 2000).

Dacă stimulii din mediu vizează iniţierea unor comportamente ale căror modele mentale (de exemplu, cunoştinţele referitoare la cum se efectuează acele comportamente – cunoştinţe procedurale) sunt inhibate ca urmare a contextului-stimul, efectuarea lor va fi experienţiată ca fiind voluntară. Aceasta deoarece sunt necesare resurse atenţionale suplimentare pentru activarea modelelor mentale (inhibate) ale acestor comportamente (răspunsuri), în scopul producerii lor. De exemplu, dacă într-o sală de curs aş cere unei studente să danseze pe catedră, probabil că nu ar face acest lucru, comportamentul nefiind congruent cu contextul (nenatural); dacă totuşi l-ar face, l-ar experienţia ca pe un comportament voluntar, intenţionat, apărut după un moment de „decizie voluntară". Acelaşi comportament poate să fie automat într-un alt context (alături de prietenul ei la o petrecere privată).

Dacă stimulii din mediu vizează iniţierea unor comportamente ale căror modele mentale sunt activate sau în curs de dezactivare, efectuarea acestora va fi experienţiată ca fiind involuntară. Aceasta deoarece nu sunt necesare resurse atenţionale suplimentare pentru activarea modelelor mentale (activate sau cu un rest de activare) ale acestor comportamente (răspunsuri), în scopul producerii lor. De exemplu, dacă într-o sală de curs aş cere unei studente să-mi dea un creion, ar face probabil acest lucru, experienţiind comportamentul ei ca automat, natural.

Procedura de inducţie hipnotică, prin sugestiile de închidere a ochilor, focalizarea atenţiei pe un stimul-ţintă etc. reduce influenţa şi constrângerile contextului fizic asupra subiectului, ceea ce determină o creştere a deschiderii operaţionale a acestuia. Altfel spus, reducându-se constrângerile mediului, majoritatea cunoştinţelor noastre vor fi dezactivate sau în curs de dezactivare. În consecinţă, atunci când nu mai există multe cunoştinţe inhibate, şi spectrul de comportamente posibile (deschiderea operaţională) creşte. Mai mult, majoritatea acestor comportamente generate de stimuli din mediu (de exemplu, sugestiile hipnotizatorului) vor fi experienţiate ca involuntare, deoarece cunoştinţele (modelele mentale) care le susţin nu au fost inhibate anterior acţiunii stimulilor şi, în consecinţă, nu necesită resurse atenţionale suplimentare pentru prelucrarea stimulilor şi generarea răspunsurilor. Acelaşi efect îl are hipnoza şi asupra intenţiilor subiectului (conceptualizate ca un tip particular de reprezentări cognitive), care atribuie astfel deciziile şi intenţiile sale hipnotizatorului, reducând constrângerile pe care acestea le-ar putea impune asupra bazei sale de cunoştinţe.

În concluzie, fenomenele hipnotice (modificările la nivel afectiv-emoţional/subiectiv, cognitiv, comportamental şi psihofiziologic/biologic) sunt răspunsuri ale subiectului generate de stimuli-sugestie care acţionează pe un fond de deschidere operaţională mărită, creată prin procedura de inducţie hipnotică. Ele sunt experienţiate ca involuntare, deoarece modelele lor mentale nu sunt inhibate, subiectul aflându-se într-o stare de deschidere operaţională mărită. Mai mult, pe acest fond de deschidere operaţională mărită, modelele mentale ale diverselor comportamente pot fi activate cu resurse minime, deoarece nu există inhibiţie laterală, majoritatea modelelor alternative/opuse fiind dezactivate. Activarea modelelor mentale ţintă în hipnoză se face prin: (1) repetarea sugestiilor; (2) expectanţele create de hipnotizator subiectului anterior hipnozei; (3) descrierea de acesta a procedurii şi a ceea ce urmează să se întâmple sub hipnoză; sau (4) printr-un context fizic indus imagistic, congruent cu comportamentul ce urmează a fi sugerat (de exemplu, înainte de a sugera că braţul este greu şi coboară, subiectul îşi imaginează un dicţionar mare şi greu pus pe palma sa). Altfel spus, factorii necesari şi suficienţi pentru apariţia fenomenelor hipnotice sunt: (1) modelele mentale activate ale acestor răspunsuri (prin repetarea sugestiilor, expectanţele subiectului, atitudinea şi motivaţia pozitivă pentru hipnoză şi contextul indus cognitiv-imagistic) şi (2) stimulii-sugestie specifici, care vizează declanşarea răspunsurilor respective. Aceşti factori sunt manipulaţi în cadrul procedurii de inducţie hipnotică.

7.5.2. Proceduri meditative (concentrative *versus mindfulness*)

I. *Aspecte generale*

Procedurile meditative pot fi clasificate în două mari categorii: (1) meditaţii de tip concentrativ – cu origini în hinduismul vedic –, şi (2) meditaţii de tip *mindfulness* – cu origini în tradiţia budistă Zen.

În meditaţiile concentrative, mintea (atenţia) este focalizată asupra unui obiect predeterminat. În acest fel, au loc o calmare a spiritului şi o mai mare conştientizare a sinelui-intern (realitatea adevărată), dincolo de iluziile lumii externe. Prototipul acestei forme de meditaţie este meditaţia transcendentală; este ca şi cum am focaliza imaginea pe care o vedem printr-o lentilă asupra esenţialului, ignorând neesenţialul.

În meditaţiile de tip *mindfulness*, mintea (atenţia) nu este focalizată asupra a ceva anume, lasând, intenţionat şi contemplativ, să se exprime toate experienţele pe care le avem. În acest fel, au

loc o calmare a spiritului şi o mai mare conştientizare a prezentului. Aşadar, în variantă *mindfulness*, meditaţia se referă la faptul că persoana este conştientă de propriile emoţii, stări biologice, cogniţii şi comportamente, adesea într-o manieră „aici şi acum", în mod detaşat, fără a face judecăţi de valoare. În tradiţia budistă, ea făcea parte din al patrulea nobil adevăr (*Marga* – modalitatea de a elimina suferinţa), fiind a opta cale nobilă (*right mindfulness*). În acest caz, este ca şi cum am privi lumea printr-o lentilă cu un câmp larg, surprinzând întregul, adică natura adevărată a lumii.

Indiferent de modalităţile utilizate, funcţia procedurilor de tip meditativ este de a transforma.

II. *Meditaţia transcendentală*

Meditaţia de tip transcendental a fost preluată în SUA (vezi Benson, 1996) şi adaptată pentru a putea fi utilizată fără încărcătura ei mistică şi într-o manieră în care efectele ei să fie clar măsurabile.

Etapele meditaţiei de tip transcendental, după Benson, sunt:

Pasul 1: Alege un cuvânt sau o propoziţie care are semnificaţie importantă pentru tine.

Pasul 2: Stai liniştit, într-o poziţie confortabilă.

Pasul 3: Închide ochii.

Pasul 4: Lasă corpul şi musculatura să se relaxeze.

Pasul 5: Respiră lent, dar natural, iar în timpul respiraţiei, focalizează-te şi repetă mental formula aleasă în Pasul 1.

Pasul 6: Adoptă o atitudine pasivă. Nu te gândi cât de bine o faci sau dacă o să-ţi iasă. Dacă pe parcursul procedurii îţi vin în minte alte gânduri, lasă-le să vină fără a te opune (cum vin, aşa vor pleca), tu focalizându-te în continuare pe formula aleasă.

Pasul 7: Continuă acest exerciţiu timp de 10-20 de minute.

Pasul 8: La sfârşit, nu te ridica imediat. Stai liniştit, aproximativ un minut, restabilind treptat legătura cu mediul înconjurător. Apoi deschide ochii şi stai aşa încă un minut înainte de a te ridica.

III. *Meditaţia* mindfulness

Meditaţia de tip *mindfulness* poate fi practicată oriunde, fără poziţii speciale sau un mediu anume. Ceea ce contează este atitudinea orientată intenţionat spre experienţierea, fără judecăţi de valoare, a prezentului ca întreg (aici şi acum). Adesea, pentru a ţine subiectul orientat asupra prezentului, evitând reveriile, se utilizează ca amorsă respiraţia (vezi pentru resurse clinice eficiente exerciţiile de *mindfulness* promovate de maestrul Zen Thich Nhat Hanh).

◊ EXEMPLUL 1

Iată cum ar funcţiona un astfel de exerciţiu într-o tulburare de tip depresiv, în scopul neutralizării cogniţiilor disfuncţionale şi/sau iraţionale:

1. Sunt conştient de corpul meu (inspir). Mă accept şi-mi zâmbesc (expir).
2. Conştientizez gândurile negative (inspir). Accept gândurile negative (expir).
3. Accept faptul că ele îmi produc suferinţă (inspir). Ştiu însă că suferinţa este tolerabilă (expir).
4. Conştientizez stările depresive pe care le am (inspir). Le accept (expir).
5. Conştientizez şi gândurile mele pozitive (inspir). Le accept şi le zâmbesc (expir).
6. Conştientizez stările pozitive (inspir). Le accept şi le zâmbesc (expir).

La niveluri mai avansate, fără aplicaţii clinice directe, în meditaţia de tip *mindfulness* pot fi decupate intenţionat anumite teme majore, precum viaţa şi moartea, cu implicaţii existenţiale. În acest caz, se urmăreşte atingerea unui nivel superior de conştientizare a naturii adevărate a lucrurilor, ajungând la starea de iluminare şi nimicire a dorinţei – Nirvana. Prezentăm mai jos, pentru curioşi, un exemplu de astfel de procedeu avansat (aşa cum apare el în practicile religioase, cu potenţiale implicaţii clinice):

◊ EXEMPLUL 2

1. Sunt conştient de valul oceanului (inspir). Îi zâmbesc (expir).
2. Sunt conştient de apa din val (inspir). Îi zâmbesc apei (expir).
3. Văd naşterea valului (inspir). Zâmbesc naşterii valului (expir).
4. Văd moartea valului (inspir). Zâmbesc morţii valului (expir).
5. Conştientizez natura nenăscută a apei în val (inspir). Zâmbesc naturii nenăscute a apei (expir).
6. Conştientizez natura nemuritoare a apei în val (inspir). Zâmbesc naturii nemuritoare a apei (expir).
7. Conştientizez naşterea propriului corp (inspir). Zâmbesc naşterii (expir).
8. Conştientizez moartea propriului corp (inspir). Zâmbesc morţii (expir).
9. Conştientizez natura nenăscută a corpului meu (inspir). Zâmbesc naturii nenăscute a corpului meu (expir).
10. Conştientizez natura nemuritoare a corpului meu (inspir). Zâmbesc naturii nemuritoare a corpului meu (expir).
11. Conştientizez natura nenăscută a conştiinţei mele (inspir). Zâmbesc naturii nenăscute (expir).
12. Conştientizez natura nemuritoare a conştiinţei mele (inspir). Zâmbesc naturii nemuritoare (expir).

După maestrul Zen Thich Nhat Hanh, în acest exerciţiu, valul şi apa sunt metafore pentru Nirvana. Valul reprezintă naşterea şi moartea. Apa este Nirvana. Valul apare şi dispare, este când mare, când mic, singur sau însoţit de altele. Apa este însă constantă; atunci când înţelegem acest lucru, putem înţelege natura adevărată a lucrurilor şi intrăm în starea de Nirvana.

Rezultatele acestor tipuri de meditaţie au fost investigate în cadrul unor cercetări riguroase. Cercetările s-au focalizat pe tehnică, fără a considera şi conotaţiile lor mistice. Deşi, aşa cum am precizat mai sus, tradiţia lor spirituală şi aspectul procedural sunt diferite, efectele lor psihologice sunt similare. Astfel, ele sunt căi distincte spre acelaşi rezultat. Benson *et al*. au studiat mai ales efectul meditaţiei de tip concentrativ (meditaţia transcendentală), iar Segal şi colaboratorii, mai

ales meditaţia de tip *mindfulness*. În zeci de studii (vezi Benson, 1996; Segal *et al.*, 2002) s-a observat că ele au efecte benefice la nivel cognitiv (de exemplu, se reduce gândirea disfuncţională/iraţională), comportamental (se reduc comportamentele dezadaptative) şi psihofiziologic (se echilibrează balanţa neurovegetativă, prin apariţia răspunsului de relaxare etc.). Astfel, ele s-au transformat în aplicaţii validate ştiinţific în tulburările psihosomatice (hipertensiune, migrene), somatice (tulburări cardiovasculare) şi psihice (depresie, anxietate). National Institute for Clinical Evidence din Marea Britanie a inclus terapia cognitivă bazată pe meditaţie de tip *mindfulness* (*mindfulness cognitive therapy*) ca tratament validat ştiinţific în prevenirea recăderilor în tulburările severe de tip depresiv. Terapia comportamentală dialectică, validată ştiinţific pentru tulburările de tip *borderline*, include, de asemenea, proceduri de meditaţie de tip *mindfulness*. Într-adevăr, procedurile meditative sunt un vehicul important în restructurările cognitive. Spre deosebire de tehnicile clasice de restructurare, ele nu înlocuiesc cu necesitate gândurile disfuncţionale şi iraţionale cu gânduri funcţionale şi raţionale; ceea ce fac este să transforme acelaşi conţinut informaţional, din unul disfuncţional în unul funcţional. Astfel, de exemplu, deşi gândul „Nimeni nu mă iubeşte” poate persista, după meditaţie el este neutralizat afectiv şi nu mai generează o stare de disforie ca înainte.

Congruenţa terapiei cognitiv-comportamentale cu procedurile meditative a fost reliefată şi în întâlnirea şi discuţia publică dintre Aaron Beck şi Dalai Lama (din Suedia, 2005), iar Albert Ellis, prin corespondenţa cu Dalai Lama, a reliefat clar rolul procedurilor meditative în „neutralizarea” efectului cogniţiilor disfuncţionale şi/sau iraţionale. În termeni cognitivi, această neutralizare înseamnă adesea modificarea cogniţiilor evaluative, în sensul reducerii presiunii dorinţelor exprimate în ele (de exemplu, „prefer să”, „trebuie să”); aşadar nu este vorba de o transformare a cogniţiilor iraţionale („trebuie să…”) în cogniţii raţionale („prefer foarte mult să… dar dacă nu, accept să…”) ci, mai degrabă, de o reducere a dorinţelor spre „accept să…”.

7.6. Proceduri eclectice

Terapia cognitiv-comportamentală favorizează un eclectism metodologic în condiţiile conceptualizării cognitive a cazului. Aşadar după o conceptualizare cognitivă pot fi utilizate orice tehnici de intervenţie psihoterapeutică ce ajută la înlocuirea cogniţiilor disfuncţionale şi iraţionale cu cogniţii funcţionale şi raţionale şi/sau la neutralizarea acestora. Desigur, tehnicile utilizate

trebuie să fie sigure pentru pacient şi să se înscrie în deontologia profesională. Exemplificăm aceste proceduri eclectice prin tehnica interpretării viselor (de sorginte dinamic-psihanalitică) şi tehnica jocului de rol în condiţii ecologice (de sorginte umanist-existenţial-experienţială). Tehnica asocierilor libere (de originie dinamic-psihanalitică), utilizată pentru identificarea cogniţiilor, a fost deja prezentată anterior.

7.6.1. Tehnica interpretării viselor (din tradiţia dinamic-psihanalitică)

Se aplică în cazul în care un vis repetitiv anxietizează pacientul sau în cazul în care se urmăreşte obţinerea de informaţii suplimentare despre cogniţiile pacientului. Aceasta se întâmplă în condiţiile în care, pe parcursul mai multor şedinţe, pacientul declară că nu îi vin în minte gânduri relevante pentru procesul terapeutic.

Tehnica interpretării viselor angajează următorul demers:

(1) Pacientul este pus să-şi povestească visul (conţinut manifest). Terapeutul notează temele visului şi evenimentele, în ordinea prezentată de pacient. De asemenea, este atent la emoţiile experienţiate de pacient în cursul povestirii şi la legătura lor cu temele expuse (de exemplu, relaţiile spaţiale pot semnifica relaţii interpersonale). Conţinutul manifest este organizat pe baza modelului ABC cognitiv.

(2) Pornind de la evenimentele relatate (conţinutul manifest), pacientul este rugat să facă asocieri libere, adunându-se treptat un volum mare de informaţii (conţinut latent), care va fi apoi organizat pe baza modelului ABC cognitiv.

(3) Pe baza materialului obţinut, terapeutul oferă o interpretare a visului şi/sau a repetării sale, punând în legătură, de fapt, conţinutul manifest cu conţinutul latent. Focalizarea se face asupra conţinuturilor cognitive şi a relaţiilor acestora cu stările afective pe care le determină.

Eficienţa tehnicii depinde nu de valoarea de adevăr a interpretării, ci de plauzibilitatea şi gradul acceptării ei de pacient. Altfel spus, un vis care se repetă, anxietizând pacientul, este incomprehensibil pentru el. Incomprehensibilitatea, impredictibilitatea şi sentimentul lipsei de control pe care îl experienţiază subiectul în raport cu apariţia şi semnificaţia visului generează anxietate anticipativă, care menţine şi perpetuează visul respectiv în diverse variante. De exemplu, faptul că se gândeşte la vis înainte de a adormi amorsează prelucrările informaţionale implicate în acesta, astfel că e mai probabil ca ele să reapară şi să genereze vise pe aceeaşi temă. Reducerea

anxietăţii anticipative şi, în consecinţă, a frecvenţei de apariţie a visului se face prin oferirea unui mit terapeutic, în forma interpretării acestuia. Sigur, în unele cazuri interpretarea poate fi adevărată, dar nu acest lucru este important aici, ci caracterul de coerenţă şi predictibilitate pe care ea îl dă pacientului.

7.6.2. Tehnica jocului de rol în condiţii ecologice (din tradiţia umanist-existenţial-experienţială)

Această procedură (Kelly, 1955) a fost utilizată iniţial de George Kelly (1905-1967), cu scopul de a modifica constructele personale ale subiecţilor, cu implicaţii asupra stării de sănătate. În acest caz se realizează un contract cu pacientul, în care se precizează că, timp de o săptămână, de exemplu, el trebuie să se comporte conform unui rol prescris de terapeut. Terapeutul va prescrie pacientului un rol, opus modului său cotidian dezadaptativ de a se comporta. Acest lucru are două consecinţe pozitive pentru demersul terapeutic. În primul rând, va apărea o disonanţă cognitivă între comportamentul nou şi cogniţiile anterioare ale persoanei. Or, se ştie din cercetările de psihologie socială (Festinger, 1957) că, în astfel de cazuri de disonanţă neforţată, normele (cogniţiile) se schimbă pentru a fi congruente cu comportamentul. Se modifică astfel cogniţiile disfuncţionale şi iraţionale ale pacientului. În al doilea rând, pacientul are posibilitatea de a se decentra în raport cu sistemul său anterior de relaţionare cu mediul şi de a experienţia alte modalităţi de relaţionare. Contează foarte mult ca terapeutul să creeze un scenariu realist, adaptativ, incompatibil cu cel vechi, pe care pacientul să-l accepte şi să-l poată implementa experimental în viaţa cotidiană (să vizeze zona proximei lui dezvoltări).

7.7. Prescripţiile cognitiv-comportamentale („temele pentru acasă”)

Atunci când pacientul se prezintă la terapie, patternurile cognitive şi comportamentale implicate în patologie sunt bine sedimentate. Şedinţele de terapie sunt fundamentale pentru identificarea şi modificarea lor. Pentru a fi eficient însă, tratamentul trebuie să se deruleze şi între şedinţele

terapeutice. Aşa cum tratamentul medical (de exemplu, medicamentos) se implementează între vizitele la medic, nu doar în cabinetul acestuia, tot aşa şi în terapia cognitiv-comportamentală o mare parte a tratamentului se implementează între şedinţele terapeutice. Este important ca schimbările psihologice să nu aibă loc doar în cadrul şedinţelor de terapie (când pacientul se simte mai bine), ci şi în viaţa de zi cu zi. Implementarea tratamentului între şedinţe ia forma „temei pentru acasă" (*homework*), reflectată în *prescripţii cognitiv-comportamentale* („pastila psihologică"). Aşadar rolul temelor pentru acasă este fundamental pentru eficienţa psihoterapiei.

Două metaanalize recente (Kazantzis *et al.*, 2000; Scheel *et al.*, 2004), sintetizând 43 de studii, arată clar plusvaloarea adusă de teme în procesul psihoterapeutic. Astfel, corelaţia dintre utilizarea temelor şi eficienţa terapiei este de r = 36, iar corelaţia dintre complianţa cu prescripţiile oferite şi eficienţa intervenţiei este de r = 22. În plus, implementarea temelor duce nu doar la creşterea eficienţei terapiei, ci şi la: (1) scurtarea duratei acesteia şi (2) generalizarea rezultatelor la viaţa de zi cu zi – lucru important, ţinând cont de faptul că obiectivul psihoterapiei este remiterea tabloului clinic aşa cum se manifestă el în viaţa pacientului, nu doar în timpul şedinţei de psihoterapie. Considerând serios aceste rezultate, „temele pentru acasă" sub forma prescripţiilor cognitiv-comportamentale sunt componente obligatorii ale terapiei cognitiv-comportamentale; pacientul este educat în acest sens de la primele şedinţe de terapie.

Prescripţiile cognitiv-comportamentale continuă de fapt şedinţa terapeutică în viaţa cotidiană. Astfel, diverse proceduri comportamentale pot testa, în mediul ecologic al pacientului, cogniţiile sale disfuncţionale şi iraţionale; prin altele se exersează şi se întăresc cogniţiile funcţionale şi raţionale. Diverse proceduri de relaxare practicate între şedinţele de psihoterapie pot dezvolta sentimentul de autocontrol. Pe scurt, temele sunt adesea o transpunere mai ecologică a tehnicilor utilizate în cursul terapiei şi/sau o testare şi întărire a lucrurilor convenite şi învăţate în terapie (vezi şi Anexa 2, 2.6). Aşadar, ele nu se deosebesc calitativ de procedurile utilizate în terapie, ci, asemenea lor, constituie o parte integrantă a unui tratament comprehensiv şi coerent.

Pentru a fi eficiente, prescripţiile cognitiv-comportamentale trebuie să satisfacă anumite rigori (pentru detalii, vezi Scheel *et al.*, 2004):

(1) să fie asimilabile în conceptualizarea clinică a cazului; pacientul trebuie să vadă clar legătura dintre ele şi explicaţia care i s-a oferit cu referire la problemele pe care le are. Cercetările au arătat că nivelul de concordanţă între modurile în care tema pentru acasă este înţeleasă de pacient, respectiv de terapeut, este, de regulă, de doar 41%, această diferenţă fiind mai accentuată la novici şi mai mică la experţi;
(2) să fie acceptate de pacient; uneori se prescriu teme pentru acasă foarte dificile (pentru care pacientul nu este încă pregătit) şi/sau care nu pot fi implementate deoarece iau prea mult timp

şi/sau interferează cu elementele principale ale rutinei de viaţă a pacientului. Temele trebuie să vizeze zona proximă a dezvoltării pacientului. Dacă sunt prea dificile, ele nu vor putea fi efectuate, iar dacă sunt prea uşoare, nu vor avea funcţie terapeutică; în ambele cazuri, demersul terapeutic (relaţia terapeutică) va fi afectat;

(3) să se bazeze pe resursele şi abilităţile pacientului; altfel spus, tema trebuie să folosească la maximum resursele şi punctele tari ale pacientului;

(4) să se ofere pacientului o varietate de teme dintre care el şi terapeutul să poată apoi să le aleagă pe cele mai acceptabile pentru pacient. De asemenea, ele trebuie să fie descrise şi precizate clar; eventual, tema poate fi oferită şi sub formă scrisă, pentru a fi luată acasă şi utilizată ca amorsă în executarea comportamentului;

(5) să fie congruente cu demersul terapeutic (cu celelalte proceduri utilizate) şi să fie ecologice, permiţând şi pregătind aplicarea în viaţa cotidiană a celor învăţate în terapie;

(6) să fie discutate în cadrul fiecărei şedinţe, ca parte a agendei terapeutice. Este important să se abordeze barierele pe care pacientul le-a întâmpinat în implementarea temei, să i se ofere feedback şi, dacă este necesar, să se modifice tema. Dacă ea a fost implementată corect, pacientul trebuie întărit pozitiv.

Atunci când pacientul nu îşi face temele pentru acasă, fie ele au fost prescrise greşit de terapeut, fără respectarea rigorilor menţionate anterior, fie este vorba de o modalitate prin care pacientul transmite că sunt probleme în relaţia terapeutică.

7.8. Particularităţi ale procedurilor cognitiv-comportamentale

Procedurile şi tehnicile descrise anterior au fost conceptualizate mai ales pentru terapia cognitiv-comportamentală individuală, dar ele nu sunt dependente de acest context. Cu ajustări minore, pot fi utilizate în terapia de grup (de exemplu, cuplu, familie) şi în grup, la populaţii cu vârste diferite, din culturi diferite, cu probleme diferite (de exemplu, tratamentul patologiei şi/sau promovarea sănătăţii). De asemenea, pot fi adaptate pentru autoterapie. Vom prezenta în continuare succint cele mai importante astfel de adaptări (despre fiecare în parte putându-se scrie o carte!).

7.8.1. Tehnici cognitiv-comportamentale de grup/în grup

Aşa cum spuneam anterior, procedurile şi tehnicile psihoterapeutice pot fi utilizate individual sau în grup. Implementarea lor în grup nu angajează modificări semnificative în modul de utilizare. Modificările sunt legate mai ales de organizarea grupului (pentru detalii, vezi şi Yalom, 1975).

I. *Construirea unui grup terapeutic*

Construirea unui grup terapeutic presupune, în principiu, următoarele:

– subiectul trebuie să beneficieze de pe urma grupului, iar grupul, de pe urma subiectului;
– nu se introduc în grup subiecţi extrem de agresivi, deoarece acest lucru afectează dinamica lui; pentru subiecţii agresivi se organizează grupuri speciale;
– numărul membrilor grupului este, de obicei, între 6 şi 8; un număr prea mare de subiecţi poate afecta negativ dinamica acestuia;
– pot fi incluşi în grup pacienţi cu diverse probleme, respectându-se doar grupele mari de vârstă (copii, adolescenţi, adulţi).

Şedinţele de grup au loc de aproximativ două ori pe săptămână. O atenţie specială se acordă şedinţelor iniţiale, de consolidare a grupului. Exerciţiile de încălzire şi de familiarizare a subiecţilor din grup sunt foarte importante.

◊ EXEMPLU

Tehnica „scaunului”. Pentru a facilita discuţiile, subiectul se prezintă ca şi cum ar fi o altă persoană, care stă lângă el pe un scaun; el se descrie la persoana a doua.

De asemenea, terapeutul trebuie să fie atent să stimuleze toţi membrii grupului: îi încurajează pe cei tăcuţi, îi „struneşte” pe cei prea vorbăreţi şi intruzivi etc. Numărul mediu de şedinţe de grup este de 25.

II. *Mecanismele intervenţiei în psihoterapia de grup*

Psihoterapia de grup acţionează prin mecanisme specifice. Dacă în psihoterapia individuală factorii principali ai reuşitei sunt o relaţie terapeutică adecvată, un psihodiagnostic şi o conceptualizare clinică corecte şi tehnici de intervenţie eficace, în psihoterapia de grup factorii reuşitei sunt:

– accesul la o cantitate mai mare de informaţie terapeutică;
– instalarea speranţei; văzând că unii membri ai grupului au reuşit, subiectul înţelege că şi el

poate reuşi;
– învăţarea prin modelare şi imitaţie;
– suportul social al grupului;
– universalitatea; subiectul înţelege că problema pe care o are nu îl vizează doar pe el, ci apare şi la alte persoane.

Adesea, o combinaţie între psihoterapia individuală şi cea de grup este extrem de eficace; în funcţie de evoluţia pacientului, acesta poate fi orientat, în diverse momente, de la psihoterapia individuală la cea de grup şi invers. În general, psihoterapia individuală este indicată în cazuri mai severe, iar psihoterapia de grup în cazuri mai puţin severe, adesea cu rol educativ şi profilactic (dificultăţi de relaţionare interpersonală, lipsa asertivităţii etc.), însă fără ca acest lucru să fie o prescripţie. Ca regulă generală, înainte de psihoterapia de grup este indicată o secvenţă de psihoterapie individuală.

7.8.2. Tehnici cognitiv-comportamentale autoadministrate (*self-help*)

Toate tehnicile descrise anterior pot fi utilizate şi ca autoterapie pentru promovarea sănătăţii şi/sau tratamentul unor probleme psihologice (vezi şi Anexa 2, 2.6). În aceste situaţii, terapeutul îşi asumă un rol de consultant şi de monitorizare a pacientului.

Un program de terapie autoadministrată are, de regulă, trei faze: (1) automonitorizarea/autoobservaţia; (2) autoevaluarea – pentru a determina dacă există o suprapunere între ceea ce facem/gândim/simţim şi ceea ce dorim să facem/gândim/simţim; (3) autoadministrarea întăririlor. Paşii de bază sunt:

(a) ideea este să-ţi organizezi mediul astfel încât comportamentul dezirabil să fie întărit, iar cel indezirabil să nu fie întărit;
(b) întăririle ţi le dai doar dacă faci comportamentul dezirabil;
(c) precizează clar comportamentul pe care doreşti să-l realizezi într-o situaţie specifică, bine definită;
(d) observă atent cât de des execuţi comportamentul respectiv, ce antecedente are şi ce consecinţe are;
(e) fă un plan prin care să modifici mediul astfel încât acesta să conţină antecedente care îţi amorsează comportamentul dorit şi consecinţele, în forma întăririlor pozitive pe care să ţi le

poţi administra dacă realizezi acest comportament şi a pedepselor care urmează în caz contrar; (f) implementează, ajustează şi termină programul atunci când ţi-ai atins obiectivul.

◊ EXEMPLUL 1

Pentru decelerarea comportamentului (secvenţă pentru controlul comportamentul alimentar).
(1) Ţin toată mâncarea în bucătărie.
(2) Mănânc doar în bucătărie; nu mânânc în pat, în timp ce mă uit la TV etc. (în acest fel, comportamentul de a mânca devine un operant discriminat pentru bucătărie; altfel, el este un comportament operant amorsat de toţi stimulii din casă!).
(3) Mănânc încet şi doar mâncare preparată acasă (pentru a reduce mâncatul compulsiv).
(4) Dacă reuşesc, la sfârşit iau o bucată mică din ciocolata preferată.
(5) Dacă încep să mănânc în altă parte, atunci arunc mâncarea pe jos, în locul în care am mâncat (de exemplu, pat, baie etc.).

◊ EXEMPLUL 2

Pentru accelerarea comportamentului (secvenţă pentru a dormi).
(1) Elimin orice sursă de zgomot din dormitor.
(2) Nu mănânc şi nu fac alte activităţi (de exemplu, nu citesc) în dormitor. Aşadar elimin mâncarea sau cărţile sau orice altceva care mi-ar putea amorsa diverse comportamente (încercăm astfel să reducem deschiderea operaţională a subiectului în dormitor).
(3) Intru în dormitor atunci când simt nevoia să dorm. La trezire, mănânc o bucată mică din ciocolata preferată.
(4) Dacă mă trezesc făcând alte lucruri în dormitor, atunci mă ridic şi merg să spăl toate vasele din bucătărie (chiar dacă sunt spălate).

7.8.3. Prescripţii/sfaturi pentru viaţă

Multe forme de psihoterapie evită oferirea de sfaturi (*advice giving*). Ideea este că fiecare pacient trebuie să-şi găsească singur, dar asistat de terapeut, soluţiile. Altfel, câştigul terapeutic nu va fi stabil, pacientul apelând la terapeut pentru sfaturi şi ajutor ori de câte ori se confruntă cu probleme. Terapia cognitiv-comportamentală recunoaşte acest fapt şi îl implementează ca pe un element de referinţă în abordarea patologiei. Adesea însă, atât în abordarea patologiei, cât mai ales în abordarea omului sănătos cu probleme de viaţă, „prescripţiile fundamentate ştiinţific”, oferite într-o manieră empatică şi constructivă, pot deveni „pastile psihologice” care ne ajută să depăşim dificultăţile vieţii; terapia cognitiv-comportamentală are astfel un profund caracter educaţional. Prezentăm în Anexa 2 (2.6) astfel de „pastile” psihologice pentru diverse tulburări şi condiţii psihologice, împreună cu condiţiile lor de administrare. Este important să dezvoltăm această componentă, căci altfel oamenii vor continua să ceară sfaturi referitoare la stilul de viaţă, cu implicaţii pentru sănătate şi boală, de la rude, prieteni sau paraprofesionişti (*coach*, vrăjitori,

astrologi etc.). Aceştia, bazându-se pe psihologia de simţ comun şi/sau pe propria experienţă de viaţă, expun adesea la risc persoana, cunoaşterea de simţ comun fiind frecvent o sursă de patologie. Spre exemplu, sfaturi precum „Gândeşte întotdeauna pozitiv!”, „Totul va fi bine!”, „Nu renunţa cu nici un preţ!” sunt căi care duc adesea spre nevroză! În aceste situaţii, transpunerea unor principii psihologice validate ştiinţific într-un limbaj de interfaţă şi diseminarea lor în rândul populaţiei prin „cărţi de popularizare”, „prescripţii de viaţă” etc. este fundamentală; chiar dacă nu duc mereu la soluţii sigure, fac mai mult decât intuiţiile *coach*-ului, care îşi teoretizează propria experienţă şi vrea ca şi tu să trăieşti după modelul său de viaţă. În Anexa 2 (2.2; 2.3; 2.4; 2.6) prezentăm astfel de adaptări ale cunoştinţelor de psihologie într-un format de interfaţă, accesibil şi uşor de reţinut.

7.8.4. Adaptări la sugar, copil, adolescent şi vârsta a treia

Deoarece procedurile şi tehnicile cognitiv-comportamentale se bazează pe cercetări riguroase de laborator, care au evidenţiat principiile de bază ale funcţionării sistemului psihic de la copil la adult şi până la vârsta a treia, ele pot fi aplicate la toate vârstele (chiar la sugar – tehnicile comportamentale). Evident că particularităţile de vârstă vor influenţa forma lor clinică.

De exemplu, procedurile de restructurare cognitivă pot fi utilizate atât la copii, cât şi la adulţi. Dacă la copil vom utiliza însă mai mult tehnici metaforice (de exemplu, poveşti), la adulţi putem implementa tehnici logice şi empirice. Similar, tehnica desensibilizării progresive va fi utilizată la adult cu ajutorul relaxării, în timp ce la copiii mici ea va fi implementată în varianta modelării sau a expunerii gradate. De asemenea, pentru identificarea cogniţiilor şi emoţiilor la copii vom utiliza metode nonverbale (jocuri, desene), în timp ce la adult vom apela la proceduri bazate pe întrebări directe. Trebuie să ne amintim că etapa de dezvoltare a copilului influenţează modul în care ne raportăm la cogniţiile lui. Astfel, la vârste mici, un stil de gândire bazat pe evaluare globală (bun-rău) este parte a dezvoltării ontogenetice normale; el nu trebuie forţat la restructurare. Apoi, în terapia copilului trebuie implicaţi şi părinţii. Uneori acest lucru este util, părinţii ajutând la implementarea unor proceduri terapeutice (de exemplu, administrarea unor întăriri pozitive) în viaţa cotidiană. Alteori însă observăm că stilul cognitiv disfuncţional/iraţional, comportamentele dezadaptative şi emoţiile disfuncţionale ale copilului au fost învăţate tocmai de la aceştia, astfel că intervenţia pentru schimbare este complexă!

În ceea ce priveşte vârsta a treia, anumite experimente comportamentale vor fi mai greu de implementat din cauza condiţiei medicale a pacienţilor. Ele pot fi însă înlocuite cu tehnici

comportamentale administrate independent de pacient şi/sau în formă autoadministrată. Apoi, din cauza afectării cognitive (a memoriei, a atenţiei) care apare la unii pacienţi de această vârstă, tehnicile metaforice, care nu necesită un efort de procesare ridicat, pot fi o soluţie bună de restructurare cognitivă.

Pe scurt, numai imaginaţia, expertiza şi deontologia ne limitează adaptarea tehnicilor prezentate aici la vârsta pacientului şi la condiţia sa.

7.8.5. Variaţii culturale

Aşa cum spuneam mai sus, procedurile şi tehnicile cognitiv-comportamentale au în spate principiile de funcţionare ale psihicului uman, descoperite în studii de laborator riguroase şi reproductibile. Unele dintre acestea descriu funcţionarea cognitivă a speciei umane, indiferent de cultură. De exemplu, toţi oamenii reacţionează la principiile condiţionării clasice şi operante; toţi oamenii au prelucrări informaţionale conştiente şi inconştiente; cogniţiile raţionale şi iraţionale sunt universale, Ellis avansând chiar ipoteza (1962) că ele implică o predispoziţie genetică.

Acestea fiind spuse, evident că intervin şi variaţii culturale importante. Tehnicile de restructurare logică nu vor funcţiona la populaţiile care nu ajung la stadiul formal-operator, cum se întâmplă cu anumite triburi din Africa; în cazul lor, utilizarea unor tehnici empirice va suplini imposibilitatea folosirii tehnicilor logice. La anumite populaţii asiatice, ideea de restructurare cognitivă ia forma procedurilor meditative, nu a celor clasice; altfel spus, se vizează nu schimbarea cogniţiei, ci doar a funcţiei acesteia (de exemplu, detaşarea de cogniţia iraţională, reducându-se influenţa acesteia). În fine, deşi cogniţiile raţionale şi iraţionale par să fie universale, conţinutul lor poate varia în funcţie de cultură. Dacă în societăţile tradiţionale ele vor fi mai bine reprezentate prin conţinuturi sociale (de exemplu, „Trebuie să mă iubească!”), în societăţile moderne ele sunt mai bine reprezentate prin conţinuturi legate de performanţă (de exemplu, „Trebuie să reuşesc!”).

Aceste variaţii trebuie considerate clar şi explicit atunci când se utilizează procedurile de intervenţie cognitiv-comportamentală, pentru a evita eşecuri datorate nu ineficienţei terapiei, ci modului impropriu şi neadecvat în care aceasta a fost utilizată.

7.8.6. Promovarea sănătăţii

Tratamentele tulburărilor mentale sunt extrem de costisitoare (până la 4% din produsul intern brut în ţările dezvoltate). Din fericire, cercetările au reliefat nu doar factori de patogeneză, implicaţi în apariţia şi menţinerea patologiei, ci şi factori de rezilienţă (sanogeneză), implicaţi în prevenirea patologiei şi promovarea sănătăţii. Aşadar prevenţia primară este fundamentală. Aşa cum spuneam, prevenţia primară se referă la prevenirea apariţiei patologiei prin intervenţii asupra factorilor etiopatogenetici (declanşatori, determinanţi, favorizanţi) în cazul populaţiilor expuse la aceşti factori. Deşi pe termen scurt poate fi costisitoare, pe termen mediu şi lung ea reduce costurile în sistemul de sănătate. Exemple de astfel de proiecte de prevenţie primară sunt cele care vizează prevenirea fumatului la adolescenţi, utilizarea prezervativelor etc. Problema este că adesea, nefiind afectate de boală, aceste populaţii sunt puţin compliante la astfel de intervenţii. Prevenţia secundară se referă la prevenirea evoluţiei şi complicaţiilor după instalarea bolii (care poate fi simptomatică sau asimptomatică); fără a se suprapune, ea este în strânsă legătură cu tratamentul specific al bolii. Prevenţia terţiară vizează prevenirea problemelor generate de complicaţiile bolii, implicând activităţi de reabilitare în tulburările cronice.

Utilizarea procedurilor cognitiv-comportamentale în promovarea sănătăţii este susţinută de faptul că cei mai importanţi factori psihologici de sanogeneză şi de patogeneză sunt cognitivi şi/sau comportamentali (Baum *et al.*, 1997), iar terapia cognitiv-comportamentală poate fi aplicată educaţional; dezvoltarea medicinei comportamentale (*behavioral medicine*) se fundamentează pe acest lucru.

La nivel cognitiv, stilul funcţional/raţional, respectiv cel disfuncţional/iraţional sunt, aşa cum am văzut, un mecanism important pentru sănătate şi boală; atunci când se referă la structuri generale, ele se exprimă în trăsături de personalitate de vulnerabilitate (de exemplu, pesimism) sau rezilienţă (de exemplu, optimism) la boală. Puţine constructe aduc ceva în plus faţă de acestea, atunci când sunt puse într-o ecuaţie de regresie, în explicarea, descrierea, predicţia şi organizarea răspunsurilor subiectului uman. Aşadar modificarea unui stil cognitiv disfuncţional/iraţional în unul raţional/adaptativ se face în primul rând utilizând principii cognitiv-comportamentale (de exemplu, modelul ABC cognitiv şi/sau comportamental).

La nivel comportamental, stilul de viaţă (de exemplu, fumatul, comportamentul alimentar) este un factor etiopatogenetic cu implicaţii pentru boală (de exemplu, tulburări cardiovasculare, cancer, SIDA etc.). Aşadar, modificarea unui stil de viaţă nesănătos într-unul sănătos se face utilizând principii cognitiv-comportamentale (modelul ABC comportamental şi/sau cognitiv).

Aceste patternuri cognitiv-comportamentale pot fi predictive nu doar pentru starea de sănătate şi boală, ci chiar şi pentru durata potenţială a vieţii. Redăm mai jos un astfel de model (Schulz, 1978), bazat pe studii de epidemiologie complexe (prezentat în Baum *et al.*, 1997).

Pentru cei care, în urma calculului, au o speranţă mai redusă decât se aşteptau, dublând acest fapt cu studiile care arată că, pe măsură ce îmbătrânim, ni se pare că timpul trece mai repede (de exemplu, 10 ani între 10 şi 20 de ani trec mai greu decât 10 ani între 50 şi 60 de ani), nu merită oare să abordăm o viaţă raţională, cu un stil de viaţă sănătos şi un stil cognitiv caracterizat de un optimism funcţional/raţional?

Cât de mult veţi trăi?

Mai jos este prezentat un ghid aproximativ pe baza căruia vă puteţi calcula longevitatea. Speranţa standard de viaţă în cazul bărbaţilor este de 67 de ani, iar în cazul femeilor, de 75 de ani. Începeţi prin a vă nota speranţa standard de viaţă. Dacă aveţi între 50 şi 60 de ani, adăugaţi încă 10 ani la cifra standard, deoarece aţi demonstat deja că sunteţi destul de rezistent/ă. Dacă aveţi peste 60 de ani şi sunteţi încă activ/ă, adăugaţi încă doi ani.

Expectanţă de viaţă standard_____

Evaluaţi în ce măsură vă caracterizează fiecare dintre itemii de mai jos şi adunaţi sau scădeţi
numărul corespunzător de ani din expectanţa de viaţă standard.

1. *Istoric familial*

Adăugaţi 5 ani dacă 2 sau mai mulţi dintre bunicii dumneavoastră au trăit 80 de ani sau mai mult.

Scădeţi 4 ani dacă unul dintre părinţi, bunici, soră sau frate a murit din cauza unui atac de cord
sau accident vascular, înainte de 50 de ani, şi 2 ani dacă a murit înainte de 60 de ani.

Scădeţi 3 ani pentru fiecare caz de diabet, boli tiroidiene, cancer la sân, cancer al sistemului
digestiv, astm sau bronşită cronică în cazul părinţilor sau bunicilor.

2. *Statut marital*

Dacă sunteţi căsătorit/ă, adăugaţi 4 ani.

Dacă aveţi peste 25 de ani şi nu sunteţi căsătorit/ă, scădeţi câte 1 an pentru fiecare decadă peste 25 de ani.

3. *Statut economic*

Scădeţi 2 ani dacă venitul familiei dumneavoastră este mai mare de 110.800 RON/an (40.000 USD).

Scădeţi 3 ani dacă aţi fost sărac/ă cea mai mare parte a vieţii.

4. *Fizic*

Scădeţi 1 an pentru fiecare 5 kg în plus.

Scădeţi 2 ani pentru fiecare 2,5 cm în plus în circumferinţa stomacului faţă de cea a pieptului.

Adăugaţi 3 ani dacă aveţi peste 40 de ani şi nu sunteţi supraponderal/ă.

5. *Exerciţiu*

Regulat şi moderat (alergare de 3 ori pe săptămână), adăugaţi 3 ani.

Regulat şi viguros (alergare pe distanţe mari, de trei ori pe

7. *Fumat*

Două sau mai multe pachete pe zi, scădeţi 8 ani.

Unu sau două pachete pe zi, scădeţi 4 ani.

Mai puţin de un pachet, scădeţi 2 ani.

Scădeţi 2 ani dacă fumaţi pipă sau trabuc în mod regulat.

8. *Dispoziţie*

Adăugaţi 2 ani dacă sunteţi o persoană raţională şi practică.

Scădeţi 2 ani dacă sunteţi o persoană agresivă, intensă şi competitivă.

Adăugaţi între 1 şi 5 ani dacă sunteţi în general fericit/ă şi mulţumit/ă de viaţă.

Scădeţi între 1 şi 5 ani dacă sunteţi adesea nefericit/ă, îngrijorat/ă sau vă simţiţi des vinovat/ă.

9. *Educaţie*

Sub nivel de liceu, scădeţi 2 ani.

Patru ani de şcoală după liceu, adăugaţi 1 an.

Cinci sau mai mulţi ani peste liceu, adăugaţi 3 ani.

10. *Mediu*

Dacă aţi trăit în mediu rural cea mai mare parte a vieţii, adăugaţi 4 ani.

Dacă aţi trăit în mediu urban cea mai mare parte a vieţii, scădeţi 2 ani.

11. *Somn*

Peste 9 ore pe zi, scădeţi 5 ani.

12. *Temperatură*

Adăugaţi 2 ani dacă temperatura în casa dumneavoastră nu depăşeşte 20 de grade.

13. *Îngrijire medicală*

Verificări medicale regulate şi control stomatologic regulat, adăugaţi 3 ani.

Îmbolnăviri frecvente, scădeţi 2 ani.

săptămână), adăugaţi 5 ani. Scădeţi 3 ani dacă aveţi o muncă sedentară. Adăugaţi 3 ani dacă este activă. 6. *Alcool* Adăugaţi 2 ani dacă consumaţi puţin (1-3 băuturi pe zi). Scădeţi 5 până la 10 ani dacă consumaţi mult (mai mult de 4 băuturi pe zi). Scădeţi 1 an dacă nu beţi deloc.	

7.8.7. Intervenţii în situaţii de criză

„Criză” este un termen care descrie situaţia în care o persoană întâmpină un obstacol în calea unui scop important al vieţii sale, obstacol insurmontabil pentru un timp, evaluând resursele pe care le are. Adesea, situaţiile de criză (cu excepţia celor existenţiale) nu erau considerate de elecţie pentru intervenţia psihoterapeutică, ele fiind abordate medicamentos. Intervenţia medicamentoasă poate avea însă o serie de consecinţe negative. Astfel, ea nu oferă resurse, ci reduce reacţiile subiectului la situaţia aparent nemodificabilă. Dacă situaţia care a declanşat criza persistă, iar medicaţia are şi efecte secundare, subiectul poate să fie expus riscului. În plus, în această etapă, chiar dacă s-ar oferi intervenţie terapeutică, este posibil ca ceea ce învaţă subiectul să depindă de starea neuropsihologică indusă de medicaţie, iar atunci când se stopează medicaţia, resursele învăţate să nu mai poată fi clar reamintite şi utilizate. Procedurile bine structurate de rezolvare de probleme, antrenament asertiv şi/sau de inoculare a stresului sunt un arsenal puternic care permite abordarea eficientă a situaţiilor de criză prin terapie cognitiv-comportamentală.

7.9. Noi dezvoltări în procedurile cognitiv-comportamentale

Procedurile cognitiv-comportamentale sunt foarte flexibile. Aşa cum am observat până acum, ele rezultă direct din tradiţia cognitiv-comportamentală sau, în baza eclectismului metodologic, din alte tradiţii terapeutice, în condiţiile reinterpretării lor în termeni cognitiv-comportamentali, validaţi ştiinţific. În plus, aşa cum vom vedea în această secţiune, terapia cognitiv-comportamentală este

orientată spre utilizarea procedurilor „de frontieră”, care rezultă direct din studiile de laborator. Să analizăm câteva astfel de situaţii (vezi şi David *et al.*, 1998/2000; David, 2000).

7.9.1. Bombardamentul subliminal

Percepţia este adesea un act conştient. Suntem conştienţi de ceea ce vedem, auzim, gustăm, mirosim şi simţim. Această conştientizare ne permite să ne descriem experienţele altor persoane şi să elaborăm acţiuni adecvate la stimulările din mediu. Încă din secolul trecut, psihologii au fost interesaţi de posibilitatea existenţei unei percepţii nonconştiente, de posibilitatea ca stimulii din mediu să ne poată influenţa gândirea, emoţiile şi comportamentul, chiar dacă nu sunt percepuţi conştient. Prima dovadă experimentală a existenţei percepţiei nonconştiente a fost oferită de C.S. Pierce şi J. Jastrow, în 1884. Ei au urmărit să atace cunoscutul concept „prag fiziologic minimal absolut” al lui Weber (1834) şi Fechner (1888), definit ca limita fiziologică sub care nici un stimul nu mai este reprezentat în sistemul cognitiv. Cei doi cercetători au demonstrat posibilitatea detectării diferenţei între doi stimuli, diferenţă prezentată sub valoarea-prag fiziologică. Dar ceea ce a trezit interesul oamenilor de ştiinţă a fost publicarea în 1958, în revista *Life*, a unui articol ce relata că peste 4.500 de subiecţi care vizionau diverse filme au fost expuşi unor bombardamente subliminale de genul: *Drink Coke* şi *Eat popcorn* (Miclea, 1994). Se relata că, în urma acestor mesaje subliminale, vânzarea de Coca-Cola a crescut cu 18%, iar cea de floricele de porumb, cu 50%. S-a acreditat astfel ideea că am putea fi manipulaţi prin mesaje subliminale. Articolul a declanşat o agitaţie deosebită în cele mai diverse medii. Biserica se temea de posibilitatea manipulării prin mesaje satanice prezentate subliminal. Comercianţii sperau în posibilitatea unor câştiguri fabuloase realizate prin mesaje publicitare subliminale. Chiar publicul larg a început să privească bombardamentul subliminal cu suspiciune, în ideea că acesta ar putea să influenţeze comportamentul oamenilor în bine sau în rău. Evident că un fenomen cu un asemenea impact social nu putea fi neglijat de oamenii de ştiinţă. Fără a se lăsa angrenaţi în isteria colectivă a anilor ’60, declanşată de posibilitatea iminentei manipulări a comportamentului uman prin bombardament subliminal, aceştia au abordat fenomenul într-o manieră sistematică şi riguroasă, încercând să-i clarifice mecanismele, perspectivele şi limitele. Abordarea teoretico-experimentală a bombardamentului subliminal s-a realizat pe următoarele direcţii: (1) verificarea existenţei percepţiei subliminale; (2) elaborarea unei metodologii ştiinţifice în studiul percepţiei subliminale; (3) analizarea gradului de prelucrare a stimulilor în percepţia subliminală; (4) studiul

mecanismelor implicate în percepţia subliminală; (5) studiul impactului comportamental al bombardamentului subliminal – altfel spus, al posibilităţii de a fi manipulaţi prin stimulare subliminală.

Rezultatele obţinute în aceste direcţii de studiu au fost sintetizate la anumite intervale de timp, concluziile ghidând cercetarea şi dezvoltarea ulterioară în domeniu.

Astfel, în anii ’50, Bruner (Bruner şi Krech, 1950) scoate în evidenţă impactul, de cele mai multe ori inconştient, al factorilor cognitivi (de exemplu, expectanţe, etichetare lingvistică, analiză descendentă etc.) asupra proceselor perceptive, iniţiind o nouă orientare în psihologia percepţiei, intitulată „New Look”. În acest context ştiinţific demarează cercetările asupra percepţiei subliminale.

În anii ’70, Erdelyi (Erdelyi, 1974), într-un studiu de referinţă intitulat „A New Look at the New Look”, bazându-se pe rezultatele teoretico-experimentale obţinute până atunci asupra percepţiei subliminale, propune o nouă perspectivă asupra inconştientului, depăşind abordarea clasică freudiană. El argumentează necesitatea abordării inconştientului şi din perspectiva prelucrărilor informaţionale.

Anii ’90 aduc o nouă sinteză asupra rezultatelor teoretico-experimentale privind percepţia subliminală, văzută deja într-un cadru mai larg, acela al inconştientului cognitiv. Astfel, Greenwald (1992), într-un studiu de sinteză, „New Look Three”, argumentează că cercetările în domeniul percepţiei subliminale şi al inconştientului cognitiv au atins un grad de maturitate care le permite susţinerea unor aplicaţii de anvergură în domenii dintre cele mai diverse: psihologie clinică, psihoterapie, reclamă, marketing etc.

Coroborând rezultatele studiilor de sinteză amintite mai sus, se poate răspunde la întrebările care au iniţiat şi susţinut cercetările în domeniul percepţiei subliminale, întrebări enunţate anterior.

(1) *Există percepţie subliminală?*

Răspunsul la această întrebare este în mod ferm „Da!”. Cercetările de specialitate fac distincţie între percepţia explicită şi percepţia implicită. Percepţia explicită se referă la perceperea conştientă a unor stimuli, în condiţiile acţiunii directe a acestora asupra analizatorilor. Probele de percepţie explicită presupun descrierea formei, culorii, distanţei, intensităţii stimulului etc. Percepţia implicită se referă la orice schimbare în gândire, emoţie şi comportament atribuită unui stimul din mediu care nu este perceput conştient, în condiţiile acţiunii directe a acestuia asupra analizatorilor sau după un interval de timp foarte scurt de la acţiunea stimulului. Probele de percepţie implicită nu presupun descrierea stimulului, ci vizează efectul pe care acesta îl produce. În baza acestei distincţii, percepţia subliminală este o subcategorie a percepţiei implicite. Percepţia

subliminală se referă la reprezentarea în sistemul cognitiv a unor stimuli care nu depăşesc pragul senzorial minimal absolut; faptul că stimulul a fost reprezentat în sistemul cognitiv este demonstrat nu prin descrierea reprezentării (vezi percepţia explicită), ci indirect, prin efectul pe care reprezentarea lui îl are asupra comportamentului. Percepţia implicită cuprinde şi alte subcategorii, dintre care cele mai importante sunt: (a) *percepţia subconştientă-nonatenţională* (stimulul depăşeşte pragul senzorial minimal absolut, dar reprezentarea sa nu intră în câmpul conştiinţei deoarece nu i se alocă sau nu i se pot aloca – în cazul unor leziuni cerebrale sau sindroame funcţionale – suficiente resurse cognitive; de exemplu, fiind prinşi într-o discuţie, nu conştientizăm mesajul transmis în acelaşi timp la radio); (b) *apărarea perceptivă* (subiecţii normali au un prag senzorial minimal absolut mai ridicat pentru stimulii cu conţinut anxiogen decât pentru stimulii neutri sau emoţional pozitivi; prezentarea unui stimul anxiogen la pragul senzorial minimal absolut determinat pentru stimulii neutri face ca acesta să nu fie perceput conştient); (c) *halucinaţii hipnotice negative* (ca urmare a sugestiilor hipnotice, subiecţii declară că nu percep anumite obiecte aflate în faţa lor, deşi acestea le influenţează indirect comportamentul şi deciziile).

(2) *Elaborarea unei metodologii ştiinţifice în studiul percepţiei subliminale*

Prezentarea subliminală a unui stimul poate lua forme diverse: (a) intensitate scăzută a stimulului, sub pragul senzorial minimal absolut; (b) durată redusă de prezentare (de ordinul milisecundelor); (c) mascarea stimulului-ţintă (mascarea se poate realiza printr-un câmp de energie care acţionează simultan cu stimulul-ţintă sau printr-un alt stimul – mască –, prezentat simultan sau la intervale mici de timp faţă de stimulii-ţintă). Cercetările arată că efectul stimulului subliminal este mediat de metodologia folosită în prezentarea sa. Recent, Merikle (1992) a propus o metodologie îmbunătăţită în ceea ce priveşte studiul percepţiei subliminale. El face distincţie între: (a) *prag senzorial minimal absolut* sau pragul conştiinţei (nivelul de la care subiectul conştientizează prezenţa stimulului şi/sau îi poate descrie caracteristicile); (b) *prag subiectiv* (subiectul declară că nu percepe nici un stimul, dar când este chestionat indirect, adică i se cere să spună dacă crede că stimulul există sau nu pe ecran, bazându-se pe simpla intuiţie, procentul de identificare a prezenţei stimulului este de 60-70%, mult mai mare decât nivelul şansei; aceasta demonstrează că, deşi subiectiv persoana neagă existenţa unui stimul în câmpul perceptiv, el este totuşi reprezentat în sistemul cognitiv); (c) *prag obiectiv* (bazându-se pe intuiţie, subiectul are un procent de identificare a stimulului egal cu nivelul şansei, dar prin mijloace electrofiziologice se poate demonstra că stimulul este înregistrat de sistemul cognitiv). Pornind de la această distincţie metodologică, cercetările sugerează faptul că percepţia subliminală are loc doar dacă stimulul depăşeşte pragul obiectiv, situându-se într-o zonă cuprinsă între acesta şi pragul subiectiv.

(3) *Care este gradul de prelucrare a stimulilor în percepţia subliminală?*

Stimulii prezentaţi subliminal sunt prelucraţi la nivel (a) fizic, (b) lingvistic, (c) al conotaţiei afective şi (d) semantic. Se argumentează că prelucrarea semantică este însă una generală, şi nu specifică, vizând mai ales categoria din care face parte stimulul, şi nu semnificaţia propriu-zisă a acestuia. De asemenea, percepţia subliminală are loc în special pentru stimuli simpli (cuvinte, obiecte, imagini care pot fi cuprinse uşor în câmpul perceptiv), realizându-se mai greu în cazul stimulilor complecşi (propoziţii ce presupun reguli gramaticale şi activităţi perceptive mai complexe: baleierea stimulului cu privirea, baleiere ce este condiţionată de posibilitatea localizării şi conştientizării cel puţin a prezenţei, dacă nu a unor caracteristici ale acestuia etc.).

(4) *Care sunt mecanismele implicate în percepţia subliminală?*

Mecanismele implicate în percepţia subliminală presupun două tipuri de prelucrări informaţionale. Primul este reprezentat de procesările comune implicate şi în percepţia explicită (de exemplu, prelucrările primare de informaţie). Al doilea vizează mecanismele specifice percepţiei subliminale. Acestea se referă în special la reprezentarea semantică a stimulului, care este una nespecifică (generală) şi difuză (se activează toate sensurile posibile ale stimulului respectiv, şi nu doar sensul amorsat de contextul în care apare, ca în cazul percepţiei explicite).

(5) *Care este impactul comportamental al bombardamentului subliminal sau, altfel spus, putem fi manipulaţi prin stimulare subliminală?*

Orice comportament este determinat de prelucrările informaţionale amorsate de stimuli şi context şi este menţinut datorită întăririlor din mediu. Pentru a ne influenţa comportamentul, stimulii prezentaţi subliminal trebuie să fie în măsură să activeze procesări informaţionale care să susţină comportamentele vizate. Această activare trebuie să aibă o valoare mai mare decât activarea unor procese informaţionale aflate în competiţie, care susţin comportamente diferite şi care sunt amorsate de alţi stimuli subliminali sau de stimuli supraliminali. Mai precis, la întrebarea privind manipularea comportamentului prin stimulare subliminală se poate răspunde astfel:

(a) prin bombardament subliminal nu putem achiziţiona comportamente noi şi complexe, ci se pot amorsa prelucrări informaţionale ce susţin comportamente învăţate; aceasta deoarece achiziţia unor comportamente noi presupune învăţarea unor regularităţi. Or, s-a demonstrat că, prin bombardament subliminal, se achiziţionează doar reguli parţiale şi covariaţii simple, ce nu pot susţine comportamente complexe;

(b) amorsarea prelucrărilor informaţionale se exprimă prin modificări ale preferinţelor (asupra stimulilor prezentaţi subliminal şi/sau asupra stimulilor supraliminali ambigui prezentaţi

concomitent cu aceştia), deciziilor şi comportamentelor învăţate;

(c) dacă într-un anumit context avem o preferinţă sau un comportament bine determinate, bombardamentul subliminal nu are nici un efect asupra lor; el poate favoriza o altă preferinţă sau un alt comportament, făcându-le mai probabile, fără însă ca ele să poată înlocui preferinţa sau comportamentul bine determinate în contextul respectiv. Dacă preferinţa sau comportamentul există, dar nu se impun cu necesitate, stimularea subliminală le poate favoriza manifestarea exterioară. Dacă într-un anumit context nu avem un comportament sau o preferinţă predeterminate, stimularea subliminală poate, de asemenea, favoriza un comportament sau o preferinţă dintr-o clasă generală, amorsată de contextul respectiv.

Pe scurt, dacă prin manipulare înţelegem să determinăm pe cineva să execute un comportament opus convingerilor şi intenţiilor sale, atunci nu putem fi manipulaţi prin bombardament subliminal! Dacă prin manipulare înţelegem să facem un comportament mai probabil decât era înainte, atunci putem fi manipulaţi prin bombardament subliminal!

Nucleul de rezultate teoretico-experimentale prezentate mai sus a dus la avansarea ideii unor aplicaţii în domeniul clinic. Aceasta deoarece multe cercetări de psihologie clinică au arătat că simptomatologia unor pacienţi este expresia unor prelucrări inconştiente de informaţie. De exemplu, în anxietate apare tendinţa inconştientă de a prelucra preponderent stimulii anxiogeni din mediu, ceea ce amplifică anxietatea care, la rândul ei, favorizează prelucrarea preponderentă a stimulilor anxiogeni. Intrăm astfel într-un cerc vicios care amplifică simptomatologia. Aceste prelucrări inconştiente ar putea fi modificate prin stimulare subliminală.

Primele aplicaţii în domeniu au demarat încercând să testeze anumite idei avansate în tradiţia dinamic-psihanalitică: se consideră că simptomatologia este expresia unui conflict actual inconştient, conflict ce se reduce, de fapt, la un conflict bazal din copilărie, vizând în special persoanele semnificative (de exemplu, dorinţă incestuoasă în homosexualitate, agresivitate reprimată în depresie, agresivitate orală în schizofrenie etc.). S-a pornit de la ideea că stimularea subliminală ar putea influenţa dinamica acestor conflicte, reducând astfel simptomatologia. Mesajul subliminal cu cel mai mare impact în reducerea simptomatologiei s-a dovedit a fi *„Mom and I are one* – Eu şi mama suntem una”. Aceasta deoarece mesajul are un rol simbiotic, rezolvând presupusele conflicte ale individului cu persoane semnificative din copilărie, conflicte în care era implicată în special mama. Acest mesaj, expus subliminal (20 de stimulări de 4 ori pe săptămână), s-a dovedit util în reducerea simptomatologiei în anxietate, schizofrenie, stres, obezitate, în creşterea performanţei şcolare etc. Un alt mesaj subliminal, *„Beating dad is OK* – A-ţi bate tatăl este un lucru bun”, despre care se presupune că acţionează şi rezolvă complexul Oedip, are efect benefic asupra performanţelor în condiţii de competiţie (de exemplu, tir cu arcul etc.). Aceasta spre

deosebire de mesajul „*Beating dad is wrong* – A-ţi bate tatăl este un lucru rău”, care, acutizând complexul Oedip, reduce performanţele în condiţii de competiţie. Aceleaşi mesaje, prezentate supraliminal, nu au efectele descrise mai sus deoarece, consideră autorii, prezentarea supraliminală declanşează mecanismele de apărare, care împiedică reprezentarea lor adecvată în memorie şi în dinamica conflictului inconştient. Oricât ar părea de ciudate aceste rezultate obţinute în angajament psihanalitic, ele au fost confirmate de studiile moderne de metaanaliză. Recent, s-a încercat reinterpretarea lor într-un cadru teoretic ştiinţific, dincolo de perspectiva psihanalitică cu tentă de mit. Aceasta poate duce la clarificarea mecanismelor implicate şi la potenţarea efectului lor. Prezentăm în continuare rezultatele acestor interpretări.

(a) S-a demonstrat că se obţin aproximativ aceleaşi efecte chiar dacă nu afişăm subliminal întregul conţinut stabilit de psihanalişti, ci doar părţi ale acestuia, de exemplu: *mom*, *OK*, *one*, *wrong*. Aceasta înseamnă că efectele stimulărilor subliminale se datorează faptului că ele conţin cuvinte cu o anumită încărcătură afectivă, pozitivă sau negativă, care este procesată subliminal şi care poate contribui ulterior la exacerbarea sau diminuarea simptomatologiei.

(b) Este puţin probabil să prelucrăm subliminal semnificaţia unui mesaj atât de complex. Dacă el este totuşi prelucrat, impactul său asupra comportamentului în condiţiile prezentării subliminale (spre deosebire de prezentarea supraliminală, caz în care efectul nu apare) poate fi justificat din perspectivă nonpsihanalitică, verificabilă experimental. Astfel, cercetările din psihologia cognitivă arată că orice mesaj este reprezentat iniţial în sistemul cognitiv ca fiind adevărat. Abia în faza ulterioară intervine o elaborare secundară (situată la interfaţa prelucrărilor inconştiente şi conştiente, necesitând anumite resurse cognitive), care stabileşte cu certitudine dacă mesajul este adevărat sau fals. În cazul în care mesajul este subliminal, elaborarea secundară nu poate avea loc şi, în consecinţă, orice mesaj subliminal este reprezentat în sistemul cognitiv ca mesaj adevărat. Acest mesaj adevărat, emoţional pozitiv, contribuie la remiterea simptomatologiei. Mecanismele detaliate prin care el duce la ameliorarea simptomatologiei trebuie clarificate de cercetări ulterioare.

O altă linie de aplicare a bombardamentului subliminal în psihoterapie vizează direct anxietatea şi reducerea acesteia, prin desensibilizare progresivă prin stimulare subliminală. Astfel, prezentarea subliminală a stimulilor în cadrul desensibilizării progresive (de exemplu, filme despre spaţii deschise, prezentate cu o intensitate sub pragul senzorial minimal absolut în cazul agorafobiei) a dus la obţinerea aceloraşi rezultate ca în cazul expunerilor supraliminale. În plus, expunerea subliminală este mai puţin stresantă şi solicitantă pentru subiect, reducând tensiunea musculară, dificultăţile de respiraţie, transpiraţia etc. Pornind de la aceste rezultate, s-a elaborat o nouă variantă a tehnicii clasice de desensibilizare progresivă. În această formă, înainte de

intervenţia clasică (expunerea supraliminală), apare o expunere subliminală a stimulilor, iar apoi trecerea de la expunerea subliminală la cea supraliminală se realizează gradat.

Deşi promiţătoare, tehnica bombardamentului subliminal în psihoterapie este mai mult expresia activităţii de cercetare decât a practicii efective. Studiile viitoare trebuie să pună la dispoziţie un algoritm şi tehnici eficace şi ecologice de intervenţie în practica clinică.

7.9.2. Proceduri de realitate virtuală, roboterapie şi aplicaţii online

Cele mai multe proceduri de intervenţie cognitiv-comportamentală se aplică *in vivo*. Există însă şi situaţii când aplicarea *in vivo* nu este indicată. Aceasta se întâmplă atunci când avem pacienţi cu probleme severe şi/sau complexe, care sunt într-un mediu puţin sau greu controlabil. În aceste situaţii, pot interveni factori neprevăzuţi, care afectează procesul terapeutic. Demersul utilizat în aceste cazuri implică apelul la: (1) jocul de rol şi/sau (2) strategia *in vitro* (imaginar). Ambele condiţii permit crearea unui mediu controlabil. Din păcate, uneori, deşi controlabil, acest mediu este artificial, neaproximând bine situaţiile de viaţă cotidiană, astfel încât ceea ce se învaţă este greu generalizabil. Procedurile de realitate virtuală reuşesc să rezolve această problemă. Ele vizează crearea unei realităţi tridimensionale cu ajutorul computerului şi al anexelor acestuia. Chiar cu mijloacele existente la ora actuală, această realitate virtuală pare mai „reală” decât lucrurile imaginate şi este perfect controlabilă. De exemplu, se pot controla numărul şi agresivitatea stimulilor anxiogeni, complexitatea sarcinilor pe care le are de rezolvat subiectul etc. Primele studii au implementat aceste proceduri în tratamentul tulburărilor de anxietate (fobii simple, agorafobie, fobie socială) şi al durerii (ca tehnică de distragere cognitivă), ele dovedindu-se extrem de eficiente. Recent, prin activităţile grupului de la Cluj-Napoca, procedurile de realitate virtuală au fost adaptate în premieră internaţională la tratamentul tulburării de deficit atenţional şi hiperactivitate (ADHD) – de exemplu, reabilitarea unor funcţii atenţionale, dezvoltarea toleranţei la frustrare. Este de aşteptat ca implementarea terapeutică a acestor proceduri să devină tot mai complexă, pe măsură ce progresează cercetările asociate softului şi hardului de care depind calitatea şi complexitatea realităţii virtuale create. Pentru fanii filmului *Star Trek*, holospaţiul este idealul spre care tinde realitatea virtuală; cunoscătorii ştiu despre ce vorbesc! Pentru detalii, vezi Platforma de Roboterapie şi Psihoterapie prin Realitate Virtuală (la http://www.psytech.ro), unde se găsesc şi publicaţiile de referinţă în domeniu ale grupului nostru.

Roboterapia se referă la utilizarea roboţilor în psihoterapie. Deocamdată, roboterapia se

utilizează mai ales cu populaţiile sever afectate clinic (de exemplu, autism). De pildă, în cazul tulburărilor din spectrul autist s-a descoperit prin studii experimentale (vezi şi Proiectul AuRoRa, la http://www.aurora-project.com/) că aceşti pacienţi au tendinţa să interacţioneze mai bine cu obiecte decât cu fiinţe umane. Aşadar, roboţii ar putea fi utilizaţi ca mediatori între părinţi/profesori şi copii cu autism, fie pentru învăţarea unor abilităţi sociale (de exemplu, cum să saluţi, cum să ceri ceva), fie pentru dezvoltarea unor procese cognitive (de exemplu, imitaţia, atenţia împărtăşită etc.). În plus, pornind de la faptul că terapia asistată de animale pare să fie validată ştiinţific pentru unele condiţi clinice, s-a dezvoltat recent şi terapia asistată de roboanimale. De exemplu, în cazul persoanelor de vârsta a treia, mai ales dacă apar şi tulburări cognitive, roboanimalele pot fi utilizate cu succes pentru creşterea calităţii vieţii, deoarece, spre deosebire de un animal: (1) nu depind de grija care li se oferă (grijă care poate să fie afectată în cazul unor persoane cu amnezie etc.) şi (2) nu trebuie să treacă testele de siguranţă clinică (de exemplu, să nu aibă anumite boli) în instituţiile clinice. Din nou, pentru detalii, vezi Platforma de Roboterapie şi Psihoterapie prin Realitate Virtuală (la http://www.psytech.ro), unde se găsesc şi publicaţiile de referinţă în domeniu ale grupului nostru (roboţii cu care noi am lucrat până acum în roboterapie sunt Probo – în colaborare cu o echipă din Belgia –, Nao – în colaborare cu o echipă din Franţa – şi Pleo).

Cu referire la utilizarea online a tehnicilor de terapie cognitiv-comportamentală, trebuie să nu repetăm greşelile din trecut. Să ne gândim, de exemplu, că la apariţia tiparului mulţi au protestat, spunând că va distruge tradiţia orală, iar oamenii vor deveni mai proşti, nemaifiind nevoiţi să înveţe diverse lucruri prin experienţă şi/sau prin relaţia mentor-ucenic. Apariţia computerului şi, asociat acestuia, a Internetului i-a făcut, de asemenea, pe mulţi să se teamă că vor fi afectate interacţiunile sociale (vezi *Roboţii de pe Aurora* de Isaac Asimov, 1996) şi/sau că oamenii nu vor mai citi. Trebuie să înţelegem că există o nouă generaţie, pentru care computerul şi Internetul sunt tot atât de familiare cum sunt cărţile pentru alţii (au avut loc, şi vor mai avea, revoluţii tehnologice majore: Gutenberg-Marconi-Gates). Pentru ei, ele nu sunt nocive! În fapt, cea mai mare parte a informaţiilor şi a cunoaşterii la care a ajuns omenirea (cunoaşterea modernă a depăşit cu mult cunoaşterea omenirii cumulată în toate perioadele evoluţiei sale anterioare) poate fi găsită online, fără a mai fi nevoie să mergi la bibliotecă pentru a citi. Cărţile şi Internetul sunt compatibile şi/sau complementare. Mai mult, pentru această generaţie este ceva natural să-şi facă relaţii sociale pe Internet. În aceste condiţii, serviciile psihologice vor trebui administrate şi pe această cale (mai ales că există şi sistemul de camere video online). Există deja sisteme în care diagnosticul şi evaluarea clinică se fac online, relaţia terapeutică poate fi stabilită prin discuţii online, tehnicile şi procedurile pot fi prezentate online, iar monitorizarea evoluţiei pacientului este, de asemenea,

posibilă online. Altfel spus, toate componentele fundamentale ale demersului psihoterapeutic pot fi implementate online. Este un domeniu în plină expansiune şi este fascinant să vezi cum tehnicile cognitiv-comportamentale sunt adaptate pentru aplicaţii online şi cum se dezvoltă tehnici noi în acest nou mediu. Albert Ellis Institute este unul dintre vârfurile de lance în promovarea psihoterapiei în această formă.

7.9.3. Proceduri de abordare a prelucrărilor inconştiente de informaţie

Aşa cum am arătat anterior, există deja câteva proceduri cognitive şi comportamentale prin care pot fi identificate şi modificate prelucrările inconştiente de informaţie. Ele sunt însă identificate indirect, prin outputurile lor conştientizabile. Acest lucru lasă loc erorilor, uneori apărând neconcordanţe între evaluatori ai aceloraşi outputuri. Cercetările se îndreaptă aşadar spre identificarea directă a prelucrărilor inconştiente. Cea mai promiţătoare perspectivă este aceea bazată pe indicatori neurobiologici şi pe teste de memorie implicită. Desigur, indicatorii neurobiologici sunt semantic opaci, dar, dacă sunt dublaţi de analiza outputurilor, procesul de identificare este mult mai riguros; astfel, s-au pus în evidenţă prelucrări informaţionale la nivel de amigdală care par să fie implicate în tulburările de anxietate şi în condiţionarea clasică (LeDoux, 2000). În testele de memorie implicită, cerând subiecţilor să genereze primul răspuns care le vine în minte, ajungem la prelucrări informaţionale inconştiente. De exemplu, dacă după memorarea unei liste de cuvinte nu reuşim să ne reamintim 40% dintre ele, un procent însemnat dintre aceste cuvinte „uitate” se va exprima în teste de memorie implicită (pentru detalii, vezi David, 2000). Aceste studii sunt încă în fază incipientă, urmând să vedem în anii ce vor veni modul în care se vor concretiza. O dezvoltare importantă aici este cea legată de modificarea prin sarcini experimentale a distorsiunilor cognitive, atenţionale (*attentional retraining*) şi de memorie (*memory retraining*), implicate în diverse tulburări psihice (McLeod şi Holmes, 2012).

7.9.4. Consiliere genetică şi psihologie evoluţionistă

Abordarea cognitiv-comportamentală este ancorată în cercetările de biologie şi genomică umană.

Pe măsură ce aceste cercetări se dezvoltă, ele asigură o infuzie de pluscunoaştere în terapia cognitiv-comportamentală şi, invers, cercetările cognitiv-comportamentale influenţează aceste cercetări (vezi David, Benga şi Rusu, 2007).

Consilierea genetică vizează, simplu spus, nu doar adaptarea la tulburări determinate genetic, ci şi abordarea tulburărilor plurifactoriale; în cazul acestor tulburări, factorul genetic asigură un fond predispoziţional care se transformă sau nu într-o tulburare în funcţie de stilul de viaţă al pacientului. Stilul de viaţă, aşa cum am arătat anterior, este perfect abordabil prin terapie cognitiv-comportamentală. Chiar în cazul unor tulburări în care factorul genetic este decisiv (de exemplu, tulburări autozomal dominante), intervenţia cognitiv-comportamentală este importantă pentru (1) reacţia la aceste tulburări, conceptualizate ca un A în cadrul modelului ABC cognitiv, şi/sau (2) procesele decizionale (de exemplu, a avea sau nu un copil) cu referire la aceste tulburări (de exemplu, tehnici de decizie, schimbarea stilului de viaţă etc.).

Abordarea din perspectiva psihologiei evoluţioniste a tulburărilor mentale şi a cogniţiilor funcţionale/raţionale şi/sau disfuncţionale/iraţionale este un astfel de exemplu. Aceste abordări nu sunt doar teoretice, ci pot avea influenţe clinice; astfel, de exemplu, ţinând cont că cogniţiile evaluative par să aibă o predispoziţie genetică, ele sunt mai greu de modificat decât cele descriptive şi inferenţiale, ceea ce este un lucru bine de ştiut în restructurarea cognitivă, pentru a mobiliza mai multe resurse în acest proces. Similar, dacă tulburările de anxietate şi/sau depresive sunt rezultatul unui proces adaptativ, atunci analizele şi tehnicile pragmatice pot fi implementate cu pondere mare. În fine, terapia clasică cognitiv-comportamentală ar trebui dezvoltată prin asimilarea unor principii evoluţioniste care ne ghidează comportamentul (*evolutionary-enhanced cognitive-behavioral therapy*).

7.9.5. Ştiinţe cognitive

Aplicaţiile ştiinţelor cognitive în psihoterapie duc la apariţia unor proceduri cognitiv-comportamentale interesante. Astfel, se dezvoltă proceduri de (1) îmbunătăţire şi/sau (2) reabilitare (fie în sensul reactivării funcţiei pierdute, fie în sensul compensării ei prin alte mijloace) a memoriei, a atenţiei, de facilitare a învăţării etc. Aceste dezvoltări sunt importante, căci prin ele terapia cognitiv-comportamentală nu mai este focalizată doar asupra prelucrărilor informaţionale organizate în structuri cognitive, ci şi asupra condiţiilor care asigură buna funcţionare a prelucrărilor informaţionale (de exemplu, resurse cognitive/atenţionale, mecanisme de

achiziţionare a structurilor cognitive). De exemplu, utilizarea învăţării şi memoriei implicite pentru dobândirea unor noi cunoştinţe procedurale în cazul subiecţilor a căror memorie explicită este grav afectată este un astfel de demers-cheie în domeniu (vezi şi David, 2000). Metaanalizele recente (Kessel şi DeHaan, 2003) arată că procedurile de dezvoltare şi/sau reabilitare cognitivă (a atenţiei, a memoriei, a învăţării, a limbajului) sunt promiţătoare, cu impact asupra terapiei cognitiv-comportamentale (de exemplu, în tulburări cognitive).

◊ EXEMPLU

Pacienţii amnezici care au un deficit la nivelul memoriei explicite (memoria conştientă) pot fi învăţaţi proceduri şi cunoştinţe noi (de exemplu, utilizarea computerului) mizând pe memoria lor implicită (memoria inconştientă). Deşi după un astfel de proces de învăţare ei declară că nu ştiu să fi învăţat ceva, dacă sunt puşi să efectueze sarcini specifice pot utiliza lucrurile învăţate.

7.10. Concluzii şi discuţii

Acest capitol a prezentat principalele proceduri şi tehnici utilizate în terapia cognitiv-comportamentală. Ele sunt grupate în proceduri terapeutice, iar mai multe proceduri sunt reunite în strategii de tratament pentru diverse tulburări. Strategiile sunt apoi testate sub aspectul eficienţei (*efficacy*) – cum funcţionează în condiţii de laborator – şi al eficacităţii (*effectiveness*) – cum funcţionează în practica cotidiană –, în cadrul unor studii clinice controlate (*randomised clinical trials*). Cele care trec testul sunt incluse în manuale şi ghiduri clinice care sunt distribuite în comunitatea profesională. Aşadar alegerea unui tratament nu se face în funcţie de personalitatea şi interesul terapeutului (ce anume i se potriveşte lui ca terapeut), ci în funcţie de pacient, de problema acestuia şi de tratamentele validate ştiinţific. Întorcându-ne la figura 3.1, să ne amintim că eficienţa/eficacitatea tehnicilor este strâns legată de un diagnostic corect, de o conceptualizare clinică profesională şi de o interfaţă bună, precum şi de o relaţie terapeutică adecvată. Dacă aceste ingrediente, cu rol catalizator, nu sunt prezente, atunci, indiferent cât de corect vom aplica procedurile şi tehnicile descrise în acest capitol, efectul lor va fi mult diminuat.

Tehnicile cognitiv-comportamentale sunt aplicabile: (a) individual, în grup şi de grup; (b) direct, nemediat (prin întâlniri faţă în faţă ale terapeutului cu pacientul) şi/sau indirect/mediat (de exemplu, online, computerul mediază relaţia terapeut-pacient) şi/sau prin autoadministrare; (c) la grupe de vârste diferite; şi (d) în culturi diferite. Ele sunt extrem de diverse. Această diversitate asigură un arsenal extraordinar, care face terapia cognitiv-comportamentală extrem de versatilă,

aplicabilă atât în promovarea sănătăţii, cât şi în patologie. Astfel, în promovarea sănătăţii, tehnicile se pot constitui în oportunităţi de autocunoaştere şi dezvoltare personală şi de prevenire a patologiei:

– Cum să rezolv probleme de viaţă?
– Cum să iau decizii mai bune?
– Cum să-mi controlez emoţiile şi comportamentul?
– Cum să memorez mai bine?
– Cum să învăţ mai repede? etc.

Aceste intervenţii, deşi nu sunt încă la fel de bine validate ca acelea care vizează patologia, au un suport ştiinţific bun. Ele se deosebesc clar de promisiunile unor impostori care ne amăgesc cu „reuşita" în nu ştiu câte trepte, cu „fericirea eternă" etc. Deşi tematica poate fi similară (de exemplu, cum să fii fericit), demersul este mai ponderat, fiind verificat ştiinţific şi promovat de specialişti în psihologie.

În patologie, tehnicile sunt aplicabile de la probleme existenţiale la probleme clinice severe şi extrem de severe. Astfel, dacă funcţionează la animale (şoareci, şobolani, câini, pisici, porumbei), tehnicile comportamentale vor funcţiona şi la subiectul uman, indiferent cât de grav este el afectat de diverse tulburări (debilitate mentală, tulburări psihotice etc.)! Pe de altă parte, tehnicile cognitive sunt aplicabile, pentru modificarea cogniţiilor, de la subiecţi normali până la cei cu tulburări psihotice (controlul delirului şi/sau halucinaţiilor). De regulă, în patologia severă este bine să începem cu tehnici comportamentale – prin care activăm/motivăm pacientul –, după care continuăm cu tehnici cognitive. Capitolul 8 exemplifică utilizarea acestor proceduri într-un caz deja clasic – „cazul Dana" –, iar în capitolul 9 vom discuta critic eficienţa acestor proceduri şi tehnici. Acestea fiind spuse, trebuie să ne amintim că, în anumite cazuri, deşi cunoaştem mecanismele implicate în diverse forme de patologie, nu avem încă tehnici eficiente pentru modificarea lor; cercetările aflate în derulare vor genera, cu siguranţă, tehnici şi proceduri noi.

Capitolul 8

Prototipul unui demers terapeutic cognitiv-comportamental

8.1. Fundamente

Într-un tratament terapeutic cognitiv-comportamental trebuie stabilite următoarele elemente (vezi şi David, 2003; David, 2006a):

– *Lista de probleme*. Diagnosticul nosologic este particularizat în probleme de viaţă. Altfel spus, ne interesează modul în care categoriile nosologice se manifestă în probleme de viaţă pentru fiecare pacient, ştiut fiind faptul că acelaşi diagnostic nosologic se poate manifesta diferit la pacienţi diferiţi.
– *Scopurile*. Scopurile stabilite trebuie să fie clare şi precise, eventual organizate pe termen scurt, mediu şi lung.
– *Planul de tratament şi procedurile utilizate*. Ele sunt strâns legate de conceptualizarea clinică şi sunt proprii fiecărei modalităţi terapeutice, deşi în practică asistăm adeseori la un eclectism metodologic. Prescripţiile psihoterapeutice (temele dintre şedinţe) sunt componente obligatorii ale planului de tratament, cercetările arătând că ele au o contribuţie importantă la eficienţa terapiei.
– *Obstacole scontate*. Ele trebuie clarificate de la început, iar planul de tratament trebuie conceput astfel încât să nu fie serios afectat de aceste obstacole (de exemplu, să existe un plan de depăşire a unor obstacole posibile – de pildă, când pacientul nu îşi face temele).
– *Rezultate obţinute*. Se înregistrează rezultatele obţinute şi se urmăreşte evoluţia pacientului în timpul terapiei şi o perioadă după terapie. Evaluarea rezultatelor se face în două modalităţi: (1) subiectiv (declaraţiile clientului); (2) obiectiv (înregistrarea datelor comportamentale sau a frecvenţei simptomelor pe parcursul terapiei, utilizând un instrumentar psihologic riguros).

Secvenţele sunt asemănătoare în cazul tratamentului medical al tulburărilor psihice, exceptând, uneori, stabilirea unei liste de probleme, deoarece tratamentul medicamentos este focalizat pe categoria nosologică. Trebuie menţionat însă că tratamentul medicamentos este însoţit de terapie suportivă, în cadrul căreia se abordează aspecte psihologice şi probleme specifice asociate

acestuia. În multe tulburări, tratamentul psihologic şi cel medicamentos se combină. Această combinaţie trebuie însă făcută pe baza unor studii care să ateste eficienţa ei, deoarece, adeseori, combinaţia nu duce la un tratament mai eficient, ci doar la unul mai costisitor. De exemplu, studiile arată că o combinaţie a tratamentului psihologic şi medicamentos este indicată în tulburările psihotice, dar nu este indicată în tulburările de anxietate şi, de asemenea, că există încă semne de întrebare asupra eficienţei acestei combinaţii în cazul tulburării depresive majore (Beck, 1995).

Demersul psihoterapeutic prezentat în continuare este unul tipic pentru terapia cognitiv-comportamentală, ilustrând lucrurile discutate până acum în acest volum. El va fi adaptat în funcţie de tipul de psihoterapie (individuală, în grup, de grup) şi de nevoile pacientului. Pentru formulări sintetice care să ghideze demersul terapeutic cognitiv-comportamental, vezi Anexa 2 (2.1; 2.5); ele pot fi utilizate şi în procesul de formare, dar şi în procesul de intervenţie şi monitorizare a intervenţiei.

8.2. Secvenţele de derulare a terapiei cognitiv-comportamentale

În terapia cognitiv-comportamentală nu există un număr standard de şedinţe terapeutice. Ea poate fi mai scurtă decât alte forme de intervenţie, dar cu aceeaşi eficienţă sau chiar cu eficienţă mai mare (vezi capitolul 9), prin faptul că implementează prescripţii cognitiv-comportamentale între şedinţe; numărul mediu de şedinţe este între 20 şi 25. Ele pot ajunge însă la 50 sau chiar la sute, dacă patologia este complexă. Din păcate, aderenţa pacienţilor la tratamentul psihoterapeutic în general, indiferent de forma acestuia, este scăzută, numărul mediu de şedinţe fiind în jur de 5; de aici rezultă rolul important al conceptualizării şi al relaţiei terapeutice, care pot spori aderenţa la tratament, ameliorând astfel rezultatele. Analizăm în continuare derularea secvenţelor de terapie cognitiv-comportamentală în variantă standard (vezi Anexa 1, 1.5, iar pentru automonitorizarea derulării şedinţei terapeutice, Anexa 2, 2.1; 2.5).

Şedinţa 1 (45-50 de minute)

Prima şedinţă are rol de explorare. În cadrul ei:

(1) Psihoterapeutul îşi face o idee generală despre problemele pacientului. Nu se intră în detalii, ci se încearcă doar stabilirea unei imagini de ansamblu, care să-i permită terapeutului să-şi

evalueze competenţa faţă de problemele clientului.

(2) Se face educaţia pacientului în legătură cu boala. Este bine să insistăm asupra faptului că tulburările psihice pot implica mecanisme psihologice, biologice sau o combinaţie a acestora. În funcţie de ceea ce se identifică, se va alege tratamentul adecvat, uneori fiind necesară combinarea psihoterapiei cu tratamentul medical. În cazul unor tulburări severe, se solicită control medical, pentru a identifica potenţialele mecanisme etiopatogenetice biologice.

(3) Se face educaţia pacientului pentru psihoterapie. Se explică pacientului ce este psihoterapia, cum funcţionează, care va fi structura şedinţelor şi la ce să se aştepte. Se poate estima numărul aproximativ de şedinţe şi costul acestora; numărul aproximativ se apreciază pe baza literaturii de specialitate. De asemenea, efectele posibile (de exemplu, vindecare, ameliorare, controlul simptomelor etc.) se prezintă pacientului tot pe baza literaturii de specialitate.

(4) Se administrează pacientului bateria de teste psihologice (unele teste se pot da pentru a fi completate acasă); este indicat ca bateria să vizeze toate cele patru niveluri (afectiv-emoţional/subiectiv, cognitiv, comportamental şi psihofiziologic/biologic) şi aspectele stabile ale acestora, exprimate în structuri de personalitate şi mecanisme defensive (vezi tabelul 4.1).

În această primă şedinţă, rolul terapeutului este unul de educator: el educă pacientul cu privire la boală şi psihoterapie, trezeşte speranţa de însănătoşire/ameliorare şi aşteptări realiste faţă de terapie; pacientul trebuie să simtă că, după primirea acestor informaţii, poate lua decizia de a începe sau nu psihoterapia fără a fi judecat.

Şedinţa 2 (45-50 de minute)

(1) Se colectează rezultatele la testele psihologice, care vor fi cotate şi interpretate pentru şedinţa 3.

(2) Se realizează un interviu clinic pentru a evalua starea de sănătate/boală a pacientului. Este bine ca acest interviu clinic să fie ghidat de SCID/DSM (First *et al.*, 2002). O atenţie deosebită trebuie acordată identificării tulburărilor de personalitate; adeseori, acestea sunt mascate de intensitatea tulburărilor clinice, dar neidentificarea lor poate duce la dificultăţi în implementarea psihoterapiei.

Şedinţa 3 (45-50 de minute)

(1) Se mai culeg informaţii suplimentare, dacă este cazul.

(2) Se face conceptualizarea generală, pe baza informaţiilor culese prin interviu şi examinare psihologică. Conceptualizarea se realizează prin prisma modelului stres-vulnerabilitate, completat cu celelalte modele discutate în secţiunea 5.3. Altfel spus, un eveniment stresant (de

exemplu, divorţul; stresorii psihosociali de pe Axa IV din DSM) a interacţionat cu o stare de vulnerabilitate (de pildă, evaluări catastrofice; tulburările de personalitate de pe Axa II din DSM), generând mai multe probleme (de exemplu, tulburare de panică; alte tulburări de pe Axa I din DSM).

(3) Se stabileşte o listă de probleme specifice, traducând conceptualizarea generală în probleme particulare de viaţă pentru pacient. Atenţie: acelaşi diagnostic nosologic (de pildă, tulburare depresivă majoră) se poate manifesta diferit (în probleme de viaţă diferite) la pacienţi diferiţi (de exemplu, probleme în familie *versus* probleme la serviciu)!

Aceste şedinţe pot fi organizate pe parcursul unei săptămâni, fără să existe un interval standard între ele. La sfârşitul lor, pacientul trebuie să ştie: (1) ce probleme are; (2) de ce au apărut aceste probleme; şi (3) ce trebuie făcut pentru a ameliora aceste probleme (schema de tratament). Unii pacienţi se opresc la acest nivel, informaţiile dobândite dându-le o stare de linişte, prin predictibilitatea pe care o generează.

Şedinţa 4… (45-50 de minute)

Următoarele şedinţe se focalizează asupra problemelor de pe lista stabilită (aproximativ două şedinţe săptămânal). Conform terapiei cognitiv-comportamentale, fiecare problemă trebuie abordată prin prisma modelului ABC cognitiv, respectiv ABC comportamental (Beck, 1976; Ellis, 1994), acestea fiind demersurile psihoterapeutice cel mai bine validate la momentul actual. După ce s-a ameliorat o problemă de pe listă, se trece la următoarea. Dacă problema este abordată prin prisma modelului ABC cognitiv, ea este descompusă în probleme emoţionale şi probleme practice. După ce se ameliorează problemele emoţionale, se trece la rezolvarea problemelor practice. Dacă problema se abordează prin modelul ABC comportamental, ea este formulată în termeni de comportament operant.

Organizarea fiecărei şedinţe (45-60 de minute) poate avea următoarea structură (pentru evaluarea şi controlul implementării acestei organizări, vezi şi Anexa 2, 2.1; 2.5):

– verificarea stării clinice a pacientului;
– verificarea temei pentru acasă;
– stabilirea agendei terapeutice;
– derularea agendei terapeutice;
– formularea temelor pentru acasă;
– sumarizare şi feedback din partea pacientului.

După abordarea succesivă a tuturor problemelor de pe listă, se trece la ultima secvenţă a

psihoterapiei, şi anume la integrare şi prevenirea recăderilor (*relapse*) şi recurenţelor (*reccurence*). Aceste şedinţe (în număr de aproximativ 3-5) se pot programa o dată pe săptămână sau o dată la două săptămâni şi au rolul: (1) de a-l face pe pacient să înţeleagă elementele comune implicate în diversele probleme de pe lista stabilită (de exemplu, cogniţia iraţională „Toţi ceilalţi trebuie cu necesitate să mă respecte" se manifestă specific în relaţia cu soţia: „Soţia trebuie…" şi cu şeful: „Şeful trebuie…") şi, dacă este cazul, să le modificăm; (2) de a-l învăţa pe pacient să fie propriul său psihoterapeut şi să funcţioneze autonom, prin întreruperea gradată a relaţiei psihoterapeutice. În aceste situaţii, pacientul este adeseori provocat să joace rolul terapeutului şi să încerce să promoveze la terapeut (care joacă rolul pacientului) un stil cognitiv funcţional/raţional, comportamente adaptative şi emoţii funcţionale. Abordând o atitudine de rezistenţă, terapeutul îl provoacă şi îl testează pe pacient sub aspectul robusteţii celor învăţate în cursul intervenţiei. De asemenea, în această fază, pacientul este confruntat cu probleme potenţiale pentru a asigura rezilienţa la viitoare situaţii problematice. În fine, pacientului i se lasă posibilitatea unor reveniri în caz de recăderi şi psihoterapeutul poate planifica urmărirea evoluţiei acestuia prin telefoane sau întâlniri scurte (de exemplu, 20 de minute) la intervale stabilite de el, în funcţie de tipul tulburării.

Dacă pacientul se prezintă cu probleme subclinice (de pildă, emoţii funcţionale negative) şi/sau pentru optimizare şi dezvoltare personală, atunci intervenţia poate eluda stabilirea diagnosticului nosologic, după şedinţa 1 continuându-se cu elaborarea listei de probleme, cele mai multe de tip practic. Dacă pacientul se prezintă în situaţie de criză (de exemplu, atac de panică), atunci intervenţia psihologică se utilizează în scop suportiv şi/sau pentru ameliorarea rapidă a tabloului clinic, chiar dacă tratamentul este orientat simptomatic, şi nu etiopatogenetic; după ieşirea din situaţia de criză, se poate începe o intervenţie orientată etiopatogenetic.

Vom ilustra aceste aspecte prin două analize clinice: (1) aplicarea punctuală şi detaliată într-o şedinţă terapeutică a modelului ABC cognitiv şi (2) prezentarea detaliată a unui demers terapeutic printr-o analiză de caz.

8.3. Exemplificarea unei şedinţe terapeutice cu focalizare pe modelul ABC cognitiv

După prezentarea derulării secvenţelor terapiei cognitiv-comportamentale, exemplificăm o asemenea secvenţă (şedinţă). Astfel, s-a convenit cu pacientul ca, din lista de probleme, în cadrul

acestei şedinţe să se analizeze problema de la serviciu, de *relaţionare cu şeful*.

Dacă pacientul prezintă A (adică evenimentul activator, problema practică), atunci încercăm să identificăm C (problema emoţională):

Terapeut: Ce probleme sunt?
Pacient: Am probleme cu şeful.
Terapeut: Ce simţi în legătură cu asta?
Pacient: Furie.

O eroare comună făcută de novici este ca prin întrebarea pusă să sugereze legătura dintre A şi C (de exemplu, „Şi cum te face să te simţi această problemă?"). Această eroare expune riscului întregul demers terapeutic, care se bazează pe faptul că nu A cauzează C, ci B care se interpune între ele.

Dacă pacientul prezintă C, atunci încercăm să identificăm A.

Terapeut: Ce probleme sunt?
Pacient: Sunt foarte furioasă.
Terapeut: În legătură cu ce anume eşti furioasă?
Pacient: Am probleme cu şeful meu.

Deşi dorim să avem o idee generală despre A, nu trebuie să intrăm deocamdată în detalii. A nu este important în determinarea lui C, B fiind cel care produce C. Aşadar, lăsăm pacientul să ne descrie A doar atât cât să avem o imagine generală despre ce se întâmplă şi cât simte pacientul nevoie să vorbească. Vom reveni la A atunci când vom aborda problema practică. Dacă pacientul intră în prea multe detalii referitoare la A, îl oprim într-o manieră constructivă:

Terapeut: Bun, hai să ne oprim deocamdată din descrierile interacţiunilor cu şeful tău. Vom reveni asupra lor mai încolo. Spune-mi, considerând aceste probleme cu şeful (A), ce simţi (C) în legătură cu ele?

Să ne amintim că ceea ce îl aduce pe pacient la terapeut nu este problema practică (problema cu şeful), ci emoţia (problema emoţională) care apare în legătură cu această problemă practică. Dacă problema practică nu generează o problemă emoţională intensă, pacientul nu va apela la psihoterapie. De asemenea, multe persoane care par să aibă probleme practice nu apelează la servicii de specialitate, nedezvoltând şi probleme emoţionale (egosintonici).

După identificarea lui C, trebuie să vedem structura sa – de exemplu, pot să apară mai multe C-uri.

Terapeut: Ce altceva mai simţi în situaţia respectivă, în afară de furie?
Pacient: Tristeţe.

Apoi, este important să identificăm metaemoţia (care poate sau nu să apară).

Terapeut: Ce simţi în legătură cu furia ta?
Pacient: Mă simt vinovată.

Uneori este dificil pentru pacient să verbalizeze emoţia pe care o are. Atunci putem să-l ajutăm cu imagini, amorse, sugestii; oricum, nu trebuie să ne aşteptăm ca el să folosească termenii utilizaţi de noi şi de literatura de specialitate. În loc de „trist", unii utilizează cuvinte precum „necăjit", iar noile generaţii (generaţia Internet), termeni precum „naşpa". Sigur, e nevoie să clarificăm la ce se referă aceştia, dar nu trebuie să le impunem pacienţilor terminologia noastră (vezi diferenţa dintre conceptualizarea clinică profesională şi cea de interfaţă).

Din analiza de până acum a acestui exemplu reiese că problema de pe lista terapeutică – probleme cu şeful – poate fi descompusă clinic în:

– o problemă practică – interacţiunea cu şeful;
– două probleme emoţionale primare, furia şi tristeţea, şi o problemă emoţională secundară (metaproblemă), vinovăţia (metaemoţia).

Evident că nu pot fi abordate simultan toate aceste probleme. Din analiza modelului ABC cognitiv (subcapitolul 2.2) am înţeles că secvenţa de intervenţie terapeutică trebuie să înceapă cu problema emoţională şi să continue cu problema practică. Acest lucru este necesar pentru a implementa un tratament etiopatogenetic (*getting and staying better*), nu unul simptomatic (*feeling better*). A începe cu problema practică este o eroare de terapie care, deşi va ameliora tabloul clinic al pacientului (*feeling better*), va duce la recăderi şi recurenţe ale problemelor. În baza aceloraşi argumente, este indicat ca în cadrul problemelor emoţionale să începem cu metaemoţiile şi abia apoi să ne focalizăm asupra emoţiilor primare.

Terapeut: Din ceea ce mi-ai spus, eu văd mai multe probleme. Una aş numi-o practică, în sensul că ea se manifestă în viaţa de zi cu zi, în interacţiunile pe care le ai, şi se referă la problema de relaţionare cu şeful tău. Asociate acestei probleme practice, apar mai multe probleme emoţionale, unele pe care noi, psihologii, le numim primare, furia şi tristeţea, iar altele legate de ele, adică secundare, cum ar fi vinovăţia asociată stării de furie. Am înţeles bine? Este ceva ce ne-a scăpat? Vezi lucrurile altfel?
Pacient: Nu. Este foarte clar aşa. Chiar aşa stau lucrurile.

Dacă pacientul vede lucrurile altfel, se reface conceptualizarea clinică până când ajungem la o perspectivă corectă din punct de vedere teoretic şi clinic, acceptată şi înţeleasă de pacient.

Terapeut: Evident că toate aceste probleme sunt importante. Din păcate, după cum cred că îţi dai seama, nu pot fi abordate toate simultan. O să le luăm pe rând. Cu ce problemă doreşti să începem?

Adeseori, în baza unei culturi psihologice primitive şi a unei psihologii de simţ comun, pacienţii doresc să înceapă cu problema practică. În mintea lor, problema practică este cea care generează problema emoţională. Ei nu conştientizează încă faptul că nu problema practică dă naştere problemei emoţionale, ci modul în care ei interpretează problema practică.

Pacient: Păi, să vedem cum pot să-mi rezolv problema cu şeful meu, să-l fac să fie mai înţelegător.
Terapeut: Bine, hai să ne centrăm puţin asupra dorinţei tale de a-ţi îmbunătăţi interacţiunea cu şeful. Bănuiesc că şi până acum ai

mai încercat să faci asta, nu-i aşa?

Pacient: Da, chiar de mai multe ori.

Terapeut: Asta înseamnă că ceva nu a mers bine, din moment ce problema persistă şi ai adus-o în discuţie la întâlnirile noastre.

Pacient: A mers prost de fiecare dată.

Terapeut: În ce sens a mers prost? De exemplu, ce s-a întâmplat ultima dată?

Pacient: Păi am încercat să-i spun ce mă deranjează, el m-a repezit, iar eu m-am înfuriat şi i-am răspuns cam nepotrivit. Pe urmă m-am simţit vinovată că am făcut asta.

Terapeut: Să înţeleg că, dacă nu te înfuriai, discuţia cu şeful ar fi mers ceva mai bine?

Pacient: Da, probabil că da. Aş vrea să fac ceva să ne înţelegem mai bine.

Terapeut: Văd că acest lucru este foarte important pentru tine. O să-l abordăm la un moment dat, dar acum cred că ar fi mai bine să rezolvăm întâi problema emoţională şi abia apoi să ne focalizăm pe problema practică. Îţi spun de ce este mai bine aşa. Dacă reuşim să controlăm stările de furie, tristeţe şi vinovăţie pe care le ai, atunci vom găsi mai uşor soluţii la problema practică. Altfel, stările respective ne vor împiedica să găsim cele mai bune soluţii pentru rezolvarea problemei practice. Repet, vom reveni asupra ei, dar întâi hai să vedem ce facem cu emoţiile acestea negative pe care le ai. Care este mai presantă pentru tine? Cu care doreşti să începem?

Pacient: Starea de furie îmi face mai mult rău.

Terapeut: Bun, hai atunci să începem cu ea.

Vom începe prin a vedea cum se manifestă starea de furie, pentru a-i arăta pacientului faptul (pe care probabil îl ştie deja) că aceasta este disfuncţională şi că trebuie să fie motivat să o schimbe.

Terapeut: Cum se manifestă starea aceasta de furie?

Pacient: Păi, nu mă mai pot stăpâni şi spun lucruri pe care pe urmă le regret.

Terapeut: Aşadar te ajută această stare de furie?

Pacient: Nu, tocmai de aceea sunt aici.

Terapeut: Bun, am vrut să fiu sigur că eşti motivată pentru schimbare.

După aceste clarificări, se face o conceptualizare cognitivă specifică a cazului, în care îl învăţăm pe pacient că nu evenimentele de viaţă îi cauzează reacţiile, ci modul în care el le interpretează.

Terapeut: Dacă 100 de oameni ar fi în situaţia descrisă de tine, crezi că toţi 100 s-ar înfuria?

Pacient: Da. Toţi.

Terapeut: Eu mă îndoiesc că absolut toţi; poate că mulţi, dar nu chiar toţi. Uite, de exemplu, eu nu cred că m-aş înfuria aşa tare.

Pacient: Bine, dumneavoastră sunteţi altfel. Iar altora poate că nu le-ar păsa…

Terapeut: Din ceea ce îmi spui înţeleg că putem reacţiona diferit la acelaşi eveniment, în funcţie de cum ne raportăm la el; oameni diferiţi reacţionează diferit. Unora nu le pasă, alţii sunt diferiţi de tine etc. Altfel spus, nu evenimentul respectiv ne înfurie, ci modul în care ne raportăm la el.

Pacient: Da, aşa este.

Apoi vom particulariza această conceptualizare la situaţia concretă.

Terapeut: Aşa cum am discutat, mulţi oameni cred că ceea ce li se întâmplă le produce diverse reacţii afective. Or, ştim deja că nu ceea ce ni se întâmplă ne afectează, ci felul cum interpretăm şi gândim noi asupra a ceea ce se întâmplă. În cazul specific descris de tine mă întreb, atunci când şeful s-a comportat aşa, la ce te-ai gândit astfel încât acel gând te-a înfuriat?

Pacient: M-am gândit că nu-l mai suport.

Terapeut: La asta probabil că te-ai gândit atunci când erai deja furioasă. Mă interesează să aflu la ce te-ai gândit înainte să te

enervezi, astfel încât acel gând a dus la furie.

Insistăm aşadar pentru a identifica nu orice gând care apare în situaţia dată, ci pe acelea care sunt relevante din punct de vedere clinic. În acest context, o greşeală frecventă a celor aflaţi încă în formare este să întrebe: „La ce te gândeşti atunci când eşti furioasă?”. Întrebarea este prea generală, nediferenţiind între gândurile care determină, însoţesc sau urmează furia, relevanţă clinică având mai ales cele care o precedă!

Pacient: M-am gândit că nu este corect ce face.

Clinic vorbind, acest gând este o inferenţă. În sine, el nu determină trăiri emoţionale. Evaluările care i se fac vor genera trăirile emoţionale. Vom încerca să le identificăm în continuare, prin lanţul inferenţial.

Terapeut: Am înţeles. Hai să presupunem, deocamdată, că într-adevăr nu se comportă corect cu tine. Ce înseamnă asta pentru tine?
Pacient: Păi, nu este bine.
Terapeut: Mai precis?
Pacient: Nu este corect.
Terapeut: Şi dacă nu este corect?
Pacient: Ei na, asta este de neacceptat.
Terapeut: Sună ca şi cum ar trebui să se comporte corect sau am înţeles eu greşit?
Pacient: Evident că trebuie să se comporte corect. Eu mă comport corect cu el, este normal ca şi el să se comporte corect cu mine.
Terapeut: Am înţeles. Dar, mergând un pic mai departe, dacă nu se comportă aşa cum crezi tu că ar trebui să se comporte, atunci…
Pacient: Atunci nu pot suporta acest lucru.
Terapeut: Şi gândul acesta te înfurie.
Pacient: Exact.

Iată aşadar că, prin întrebări succesive – *lanţ inferenţial* (*inference chaining*) –, am ajuns să identificăm B-ul care se află între A şi C. A: şeful discută mai mult cu subalternii ei decât cu ea; B: descrieri şi inferenţe: „Nu este corect ce face”; evaluări: „Trebuie să se comporte corect, altfel nu pot tolera acest lucru”; C: furie. Urmează acum să ne asigurăm că pacientul înţelege aceste relaţii.

Terapeut: Altfel spus, de ce apare starea de furie?
Pacient: Păi, din cauza şefului… El mă enervează.
Terapeut: Şi pe alţii de ce nu îi enervează?
Pacient: A, înţeleg ce spuneţi. Nu el mă enervează, ci ceea ce gândesc eu despre el, şi anume că nu este corect, că trebuie să fie corect.
Terapeut: Şi când nu este corect, aşa cum ar trebui să fie…
Pacient: Îmi este greu să suport.
Terapeut: Ceea ce te face cum?
Pacient: Furioasă.
Terapeut: Bun, aşadar aceste gânduri îţi produc furie, furie care nu este folositoare. Care crezi că ar fi reacţia emoţională de dorit în această situaţie?

Pacient: Să fiu calmă.
Terapeut: Ce se va întâmpla dacă vei fi calmă?
Pacient: Nu o să-mi mai pese.
Terapeut. Şi este bine?
Pacient: Nu ştiu.
Terapeut: Şi atunci?
Pacient: Poate mai puţin furioasă?
Terapeut: Probabil că mai asertivă. Dacă eşti nemulţumită, faci ceva ca să schimbi situaţia. La urma urmei, cum reacţionează cei mai mulţi oameni atunci când nu obţin ceea ce vor?
Pacient: Sunt nemulţumiţi.
Terapeut: Corect – unii sunt furioşi, unii sunt nemulţumiţi, iar alţii sunt pasivi. Cei mai mulţi reacţionează cu stări de nemulţumire, iar unii, care sunt furioşi şi/sau pasivi, ajung să dezvolte probleme suplimentare. Deci care este obiectivul nostru?
Pacient: Să transformăm starea de furie în una de nemulţumire.

Aşadar, se încearcă stabilirea obiectivului terapeutic, şi anume acela de a transforma starea de furie în una de nemulţumire.

Terapeut: Acum hai să revenim la starea aceasta de furie şi să ne focalizăm un pic pe cauzele ei, adică pe acele gânduri. Să le luăm pe rând.

Prezentăm în continuare un demers focalizat pe evaluarea absolutistă „trebuie”.

Terapeut: El trebuie să se comporte corect. Acesta este gândul tău în situaţia respectivă. Gândul acesta determină starea de furie. Acum, sunt foarte curios cum ai ajuns să gândeşti astfel? Nu mă îndoiesc că îţi doreşti foarte mult ca el să se comporte corect, dar este o diferenţă de la a-ţi dori foarte mult la a spune că, dacă îţi doreşti, trebuie să se şi întâmple. Vezi această diferenţă?
Pacient: Da, adică dacă îmi doresc ceva, nu trebuie neapărat să se şi întâmple.
Terapeut: Corect. Dar în situaţia descrisă tu nu gândeşti că ar fi bine să se comporte corect, ci că trebuie cu necesitate să se comporte corect, pentru că şi tu te-ai comportat corect cu el.
Pacient: Aşa este.
Terapeut: Unde scrie că, dacă tu te comporţi corect cu cineva, şi persoana respectivă trebuie să se comporte corect cu tine?
Pacient: În codul bunelor maniere.
Terapeut: Poate că da, dar unde scrie că şeful tău trebuie să aibă bune maniere?
Pacient: Acum înţeleg ce spuneţi!
Terapeut: Şi anume…?
Pacient: Simplul fapt că eu îmi doresc ca şeful meu să se comporte corect nu înseamnă că şi trebuie să o facă.
Terapeut: Exact! Şi dacă ai gândi aşa, cum crezi că te-ai simţi atunci când el nu se comportă corect?
Pacient: Poate mai puţin furioasă…
Terapeut: Nemulţumită, dar nu furioasă.
Pacient: Exact.
Terapeut: Dacă te gândeşti că el trebuie să se comporte corect şi nu o face, atunci te înfurii. Dacă îţi spui că ar fi bine să se comporte corect, dar oamenii nu se comportă mereu aşa cum ar fi bine şi el nu se comportă corect, atunci vei fi nemulţumită, poate foarte nemulţumită, dar nu furioasă şi agresivă. Iar această nemulţumire tolerabilă ne va ajuta să găsim soluţii la problema practică şi îţi va permite să te bucuri de alte lucruri, fără să fii mereu încrâncenată din cauza problemelor de la serviciu.
Pacient: Înţeleg.
Terapeut: Ce putem face pentru ca nu doar să înţelegi asta aici, ci şi să ajungi să crezi acest lucru şi să-l foloseşti în viaţa de zi cu zi?
Pacient: Nu ştiu.

Acum se elaborează teme pentru acasă, în forma unor prescripţii cognitiv-comportamentale care să întărească relaţia dintre cogniţiile adaptative şi raţionale şi emoţiile funcţionale şi care să înlocuiască combinaţia anterioară de cogniţii disfuncţionale şi iraţionale şi emoţii disfuncţionale.

Terapeut: Ce-ar fi ca, până la şedinţa viitoare, să încerci să-ţi aduci aminte şi să-ţi imaginezi cât mai viu 4-5 situaţii în care te-ai simţit extrem de furioasă pe şeful tău. Apoi, în fiecare dintre acestea, să identifici gândul care te-a înfuriat (de exemplu, „Trebuie să se comporte corect") şi să încerci să îl înlocuieşti cu unul mai raţional (de pildă, „Mi-aş dori să se comporte corect, dar nu pot să pretind să se poarte întotdeauna cum mi-ar plăcea mie sau cum ar fi corect"). Totodată, vei urmări cum se modifică (calitativ şi ca intensitate) emoţiile tale. Crezi că ai putea să faci asta?
Pacient: Da, desigur.
Terapeut: Crezi că exerciţiul acesta te-ar putea ajuta să identifici şi să-ţi schimbi mai uşor gândurile în situaţii de acest gen?
Pacient: Desigur. Cred că mi-ar fi mai greu să încep direct cu situaţii concrete, „pe viu".
Terapeut: Care crezi că ar putea fi lucrurile neprevăzute care să te împiedice să faci exerciţiul până data viitoare?
Pacient: Păi, ştiu şi eu… să nu am timp…
Terapeut: Cam cât crezi că ţi-ar lua fiecare dintre cele 5 situaţii?
Pacient: 10-15 minute.
Terapeut: Ţi se întâmplă frecvent să ai zile în care să nu ai nici 15 minute libere pentru tine?
Pacient: Nu prea.
Terapeut: Să înţeleg deci că probabilitatea ca asta să se întâmple până la şedinţa viitoare este foarte mică?
Pacient: Da, sigur voi avea timp… pot face exerciţiul.

După ameliorarea acestei probleme, în aceeaşi şedinţă şi/sau în şedinţele următoare se abordează celelalte probleme emoţionale. Atenţie: starea de tristeţe s-ar putea să fie una funcţională, caz în care nu va face obiectul intervenţiei terapeutice! După ameliorarea problemelor emoţionale, pacientul va avea o stare tolerabilă de emoţii funcţionale şi negative vizavi de relaţiile de la serviciu (de exemplu, nemulţumire, tristeţe), care, spre deosebire de stările emoţionale disfuncţionale şi negative anterioare (furie, vinovăţie), îi permit să se implice creativ în alte situaţii de viaţă care să-i producă emoţii pozitive. În această fază, vom interveni şi asupra rezolvării problemei practice, prin tehnici de antrenament asertiv (de pildă, tehnici de comunicare, negociere) şi/sau de rezolvare de probleme, ceea ce poate reduce chiar intensitatea emoţiilor negative funcţionale.

8.4. Studiu de caz (cazul Dana) – exemplificarea unui demers cognitiv-comportamental

După prezentarea secvenţelor terapiei cognitiv-comportamentale şi exemplificarea unei şedinţe-

ţintă, vom ilustra în continuare un demers complet de terapie cognitiv-comportamentală pe un caz specific. Cazul Dana este un caz prototip pe care l-am elaborat în 2003 (David, 2003). L-am prezentat în mai multe lucrări, având însă funcţii diferite: (1) de a ilustra o abordare critică de tip *evidence-based* (David, 2003); (2) de a ilustra un demers clinic (David, 2006a); de a ilustra un demers cognitiv-comportamental (în prima ediţie a acestei lucrări); (4) de a ilustra un demers metodologic (David, 2006b). Am preferat să-l prezint într-o manieră standard, pentru a deveni un caz prototip, de referinţă. Să-l analizăm în continuare aici, ca ilustrare a unui demers cognitiv-comportamental.

Dana are 28 de ani, este medic, are un copil, locuieşte cu soţul ei şi, în ultimii trei ani, a lucrat ca rezident într-o secţie de medicină internă.

A. *Acuzele principale*

Dana a primit tratament psihologic pentru atacuri de panică şi anxietate generalizată în perioada de sfârşit a anului 1999 şi începutul anului 2000 (18 şedinţe). Cu două luni înainte de începerea tratamentului, avusese deja trei atacuri de panică şi se temea de probabilitatea de a mai face un altul. De asemenea, ea menţiona: „De prin 1991, m-am simţit agitată şi extrem de anxioasă în legătură cu viaţa mea (de exemplu, «viitoarea mea profesie de medic»), cu relaţiile interpersonale (de pildă, «cu colegii şi cu soţul») şi cu cele mai importante activităţi ale mele (de exemplu, «rezultatele şcolare, doctoratul»), deşi, sincer vorbind, sunt mult mai îngrijorată de recentele atacuri de panică".

(a) Istoricul tulburării prezente

În 1991, Dana s-a mutat într-un alt oraş, departe de părinţii ei supraprotectivi, pentru a studia medicina la o universitate de prestigiu. De atunci, a început să se simtă neajutorată şi să aibă atacuri de anxietate şi de „îngrijorare în legătură cu orice" (simptome emoţionale). Aceste trăiri emoţionale se asociau adesea cu tensiunea musculară, cu senzaţia de slăbiciune, cu oboseala şi cu tulburările de somn (simptome fiziologice). Întrucât simţea că îi este greu să controleze aceste manifestări fiziologice, Dana a început să evite activităţile care presupuneau efort fizic (simptome comportamentale). Se gândea de multe ori că toate aceste simptome arată că valoarea sa ca persoană este scăzută (simptome cognitive). În consecinţă, se simţea deseori neajutorată şi avea o stimă de sine scăzută. Iniţial, medicul de familie, iar apoi un psihiatru i-au prescris, în 1993, Buspar (Buspirona). După ce a urmat prescripţiile medicale timp de câteva luni, Dana a întrerupt tratamentul medicamentos, întrucât simptomatologia s-a ameliorat mult mai puţin decât se aşteptase ea. Primul atac de panică a survenit în timp ce îşi pregătea examenul de doctorat, cam la două luni înainte de prima noastră întâlnire (în 1999). Aproximativ o lună mai târziu, a avut un al doilea atac

de panică, în timp ce făcea curăţenie în apartament. Cel de-al treilea a survenit cu o săptămână înainte de prima noastră întâlnire, în timp ce se afla singură acasă, pregătind o lucrare pentru un congres ştiinţific de gastroenterologie. Simptomele de panică au inclus: simptome emoţionale (teamă intensă de a nu-şi pierde controlul, neajutorare şi disconfort), simptome cognitive (convingerea că va muri, că are probleme cu inima şi că va leşina şi va cădea), simptome comportamentale (evitarea efortului fizic şi căutarea unor locuri în care să fie în siguranţă în caz că leşină), simptome fiziologice (palpitaţii, tremurături şi dureri în piept). Din cauza acestor simptome de panică, Dana a consultat un psihiatru, care i-a prescris Xanax, cu aproximativ două luni înainte de prima noastră întâlnire.

Stresorii majori din viaţa Danei erau în principal de natură psihosocială. Ea fusese un copil supraprotejat de părinţi. Depărtarea de casă şi de protecţia acestora în perioada facultăţii a constituit stresorul principal, care s-ar putea să fi precipitat instalarea anxietăţii generalizate (1991). Mai mult, înainte de căsătorie (care a avut loc în 1998), Dana spera că viitorul soţ se va dovedi de un real ajutor în viaţa sa; credea că o va ajuta să-şi depăşească anxietatea şi „îngrijorarea în legătură cu orice". Din păcate, soţul Danei avea o profesie care presupunea extrem de multă muncă: era asistent universitar şi cercetător, astfel încât se întâmpla frecvent să lucreze până seara târziu, inclusiv în weekend, implicându-se destul de puţin în întreţinerea familiei şi educaţia copilului (naşterea fiului său a constituit pentru Dana un alt motiv de stres şi o ocazie de îngrijorare: „Fiind atât de ocupată, cum voi putea oare să-mi fac suficient timp pentru fiul meu?"). Ca urmare, Dana s-a simţit copleşită de viaţa sa ca soţie, mamă, medic şi studentă, împărţită între slujba de medic cu normă întreagă, asigurarea curăţeniei apartamentului, gătirea meselor, educarea copilului şi pregătirea examenelor de doctorat. Acestea au fost împrejurările în care a avut loc primul ei atac de panică (1999).

(b) Istoric personal şi social

Dana era singurul copil la părinţi. Ea îşi descria tatăl ca fiind foarte rigid, autoritar şi preocupat de viitorul fiicei sale, susţinând că, din cauza atitudinii lui autoritare, i-a fost mereu teamă să discute cu el sau să îi ceară ceva (acest lucru fiind valabil şi în perioada adultă). Pe mama sa o descria ca fiind o persoană caldă şi preocupată de educaţia şi viitorul fiicei sale. Dana îşi aminteşte că, în timp ce era la grădiniţă şi apoi în şcoala primară şi gimnaziu, a fost supraprotejată de părinţii ei, ceea ce nu îi plăcea deloc. De exemplu, aceştia o duceau la şcoală în fiecare dimineaţă, iar după-amiază veneau şi o luau acasă. Astfel, ea nu reuşea niciodată să-şi facă prieteni sau să intre în grupul colegilor săi. În acest context, se descria ca fiind o fetiţă (iar acum o femeie) cu abilităţi sociale limitate şi puţin asertivă, atât acasă, cât şi în alte situaţii sociale. În perioada liceului, a început pregătirea pentru admiterea la Facultatea de Medicină. Ambii părinţi îşi doreau

mult ca ea să devină medic. I-au permis să aibă un prieten (deşi relaţia dintre ei nu a fost prea intensă). Tinerilor li se permitea să se întâlnească doar acasă la Dana şi puteau ieşi împreună câteva ore după-amiază. După admiterea la facultate (1991), Dana a fost nevoită să se mute în alt oraş. În anul I (ea avea 18 ani), părinţii obişnuiau să o viziteze în mod regulat. Nu i-au permis să locuiască într-un cămin studenţesc şi i-au închiriat un apartament pentru a putea să înveţe în linişte. În timpul primului an de facultate, a început să experienţieze puternic simptomele de anxietate generalizată şi unele simptome de depresie subclinică. Se simţea singură, neajutorată şi începuse să se îngrijoreze în legătură cu orice (însă nu şi de faptul că fusese separată de părinţii ei – acesta a fost unul dintre motivele pentru care am respins un posibil diagnostic de anxietate de separare!). În al doilea an de facultate (1993), a consultat un medic generalist şi un psihiatru, care i-au prescris Buspar (Buspirona). După câteva luni, Dana a renunţat la tratament, deoarece simptomele de anxietate generalizată persistau, în ciuda medicaţiei. În pofida simptomatologiei, a absolvit cu succes Facultatea de Medicină în 1997, devenind, în acelaşi an, medic stagiar în gastroenterologie. În aceeaşi perioadă, l-a cunoscut şi pe viitorul său soţ, pe care îl descrie ca fiind un bărbat inteligent, puternic şi matur, cu 15 ani mai în vârstă decât ea. Cei doi s-au plăcut şi s-au căsătorit în 1998. În prezent, locuiesc în oraşul în care ea a absolvit facultatea. La un an de la căsătorie, s-a născut fiul lor. Tot în 1998, Dana şi-a început studiile doctorale în medicină. Pe parcursul celui de-al doilea an de căsnicie (1999), ea are primul atac de panică. Eu (D.D.) am cunoscut-o în 1999, după ce avusese deja trei atacuri. În paralel cu intervenţia psihoterapeutică, Dana a urmat un tratament medicamentos (Xanax), prescris de medicul psihiatru.

B. *Istoric medical*

Dana nu avea nici un fel de probleme medicale care să-i influenţeze funcţionarea psihică, problemele psihice curente sau procesul de tratament.

C. *Status mental*

Pacienta era bine orientată spaţio-temporal, cu o dispoziţie anxioasă.

D. *Diagnostic DSM-IV*

Axa I (tulburări clinice): tulburare de panică fără agorafobie şi tulburare de anxietate generalizată; depresie subclinică – pacienta prezenta unele simptome de depresie, fără însă a fi îndeplinite toate criteriile pentru nici una dintre tulburările depresive.

Axa II (tulburări de personalitate): nimic semnificativ clinic. Pacienta prezenta unele caracteristici de personalitate dependentă. Totuşi, în urma unei analize atente, comportamentele

dependente s-au dovedit a fi legate de tulburările de anxietate, iar celelalte caracteristici ale personalităţii nu îndeplineau toate criteriile pentru un diagnostic separat de tulburare de personalitate de tip dependent.

Axa III (boli somatice sau alte condiţii medicale): nimic semnificativ.

Axa IV (stresori psihosociali): suport social inadecvat, copleşită de împrejurările vieţii (de exemplu, probleme la domiciliu, condiţii de muncă solicitante, solicitări academice).

Axa V (indicele general de funcţionare – GAF): GAF 60 (curent: 1999). Indicele cel mai ridicat în decursul ultimului an – 70.

8.4.1. Conceptualizarea cazului. O abordare din perspectiva terapiei cognitiv-comportamentale

A. *Factori etiologici*

Probabil că separarea Danei de părinţii ei supraprotectivi (factor declanşator), lipsa de abilităţi sociale şi lipsa asertivităţii (factori predispozanţi), precum şi integrarea ei într-un context cu totul nou (factori favorizanţi; de exemplu, alt oraş, alţi colegi, cerinţe diferite) au precipitat şi apoi au menţinut anxietatea generalizată şi simptomele de depresie subclinică. Este posibil ca tulburarea de panică să fi fost precipitată de lipsa de suport din partea soţului şi de faptul că se simţea copleşită de sarcinile asumate (factori declanşatori). Dana se aşteptase la un suport emoţional din partea soţului ei; în schimb, simţea că după căsătorie avea şi mai multe obligaţii decât înainte, obligaţii care au ajuns să o copleşească. Acest moment coincide cu declanşarea primului atac de panică.

B. *Evaluarea cogniţiilor şi comportamentelor actuale*

O situaţie problematică tipică pentru Dana este cea legată de primul atac de panică. În timp ce îşi pregătea examenul de doctorat în camera sa, a avut un gând automat de genul: „Nu voi reuşi să mă pregătesc cum trebuie în următoarele zile, deoarece nu mă ajută nimeni cu celelalte sarcini şi nu am suficient timp pentru a-mi pregăti examenul”. Din punct de vedere emoţional, s-a simţit foarte anxioasă, s-a oprit din citit şi s-a ridicat din fotoliu. Apoi a simţit că nu mai poate respira, acuza dureri la nivelul pieptului, palpitaţii şi tremurături incontrolabile. În acel moment, a avut un alt gând automat/o interpretare catastrofică: „Sunt bolnavă şi am un atac de cord”. Simptomele anterioare s-au intensificat (panică legată de panică – emoţie secundară), iar lumea i s-a părut ciudată şi ireală.

Emoţional, a experienţiat trăiri de teamă şi disconfort puternic. A ieşit din cameră şi a încercat să ajungă la baie pentru a se spăla pe faţă cu apă rece.

O a doua situaţie tipică este ilustrată de al doilea atac de panică. În timp ce făcea curăţenie în apartament, Dana a observat că are palpitaţii. Gândul automat/interpretarea catastrofică a fost: „Nu din nou! Voi muri şi nimeni nu va mai avea grijă de fiul meu". În minutele următoare, s-a declanşat un nou atac de panică, cu palpitaţii, dureri în piept şi tremurături. A încercat să ajungă la un fotoliu (în caz că leşină) şi la telefon, pentru a-l suna pe soţul ei (până la urmă a renunţat).

O a treia situaţie a apărut pe când îşi pregătea lucrarea pentru un congres ştiinţific de gastroenterologie. Atunci s-a gândit: „Nu am suficient timp ca să fac o lucrare bună. Nimeni nu mă ajută să am mai mult timp". A simţit că are palpitaţii şi aproape imediat i-a venit în minte următorul gând/interpretarea catastrofică: „Vai de mine, sunt cu adevărat bolnavă! Voi leşina şi voi cădea". În câteva minute a trăit un al treilea atac de panică, însă de data aceasta teama de a nu-şi pierde controlul şi de a nu înnebuni au fost mai puternice. A ieşit din cameră şi a mers în sufragerie pentru a fi mai aproape de telefon şi s-a aşezat într-un fotoliu, încercând să se relaxeze. În ciuda asigurărilor repetate date de medicul generalist că nu este nimic în neregulă cu sănătatea sa, Dana a continuat să pună atacurile de panică şi stările de anxietate pe seama unei boli somatice nediagnosticate. În consecinţă, deşi s-a dovedit deschisă la ideea unui tratament psihoterapeutic, nu a fost la fel de receptivă la o conceptualizare psihologică a problemelor sale.

C. *Evaluarea longitudinală a cogniţiilor şi comportamentelor*

Dana a crescut într-o familie cu părinţi extrem de protectivi. Responsabilitatea ei era să înveţe bine, în timp ce părinţii îi asigurau toate cele necesare. Avea aşadar suficient timp la dispoziţie pentru a-şi organiza activităţile şcolare şi, în consecinţă, era o elevă foarte bună. Experienţele ei de viaţă au dus la dezvoltarea a trei credinţe centrale.

Prima credinţă centrală (schemă cognitivă) se referă la competenţă: „A face totul la standarde înalte". Această credinţă este frecvent evaluată: „Trebuie să fac totul la standarde înalte, altfel sunt incapabilă, detestabilă şi slabă".

Cea de-a doua credinţă centrală se referă la responsabilitate şi control: „Dacă ceilalţi nu mă ajută, nu mă pot concentra şi nu pot să deţin controlul şi să reuşesc în situaţiile importante din viaţa mea". Această cogniţie este evaluată: „Persoanele apropiate mie trebuie să mă ajute să controlez situaţia, pentru ca să mă pot concentra şi să îmi ating obiectivele importante. Dacă nu mă ajută, este groaznic şi nu pot suporta aşa ceva".

Cea de-a treia credinţă centrală se leagă de confort şi control şi pare a fi implicată în apariţia emoţiilor secundare (panica legată de panică): „Dacă sunt neajutorată şi nu mă pot controla, şi eu,

şi ceilalţi vom avea de suferit”. Această cogniţie este evaluată negativ: „Trebuie să deţin întotdeauna controlul, altfel este groaznic şi insuportabil”.

D. *Aspecte pozitive şi puncte tari ale clientului*

Dana este o persoană inteligentă şi sănătoasă fizic. Iubeşte medicina şi este foarte disciplinată. Îşi doreşte tot ce este mai bun pentru ea şi familia ei, nici un efort nefiind prea mare pentru a obţine acest lucru. A trăit cu anxietate generalizată timp de aproape şapte ani. Mecanismele de coping utilizate în toţi aceşti ani au fost: evitarea problemelor, evitarea efortului fizic şi studiul intens.

E. *Ipoteza de lucru*

Dana a dezvoltat anxietatea generalizată deoarece credinţele ei centrale (factorii predispozanţi) au făcut-o să interpreteze o gamă largă de situaţii (factorii declanşatori) ca fiind ameninţătoare. Probabil că separarea de părinţii hiperprotectivi şi integrarea într-un mediu complet nou (factori favorizanţi; de exemplu, alt oraş, alţi colegi, cerinţe mai ridicate decât în liceu) au precipitat anxietatea generalizată şi depresia subclinică, activând aceste credinţe centrale. Mai mult, lipsa de asertivitate şi abilităţi sociale (caracteristici ale personalităţii dependente) s-ar putea să fi amplificat şi să fi contribuit la simptomatologia anxioasă şi depresivă. Ulterior, în urma asocierii acestui fond de anxietate generalizată (factor predispozant) cu presiunile evenimentelor de viaţă de după căsătorie şi cu frustrarea generată de aşteptările legate de susţinerea din partea soţului (factorii declanşatori), s-au dezvoltat atacurile de panică. Acestea au fost stimulate de interpretările catastrofice, care duc frecvent la instalarea panicii în legătură cu panica.

8.4.2. Tratament/planul de intervenţie. O abordare din perspectiva terapiei cognitive

A. *Lista de probleme*:

– atacurile de panică ale Danei;
– sentimentul de îngrijorare în legătură cu orice lucru (anxietate generalizată şi depresie subclinică);
– relaţia cu soţul, cu referire la suportul din partea acestuia;
– stimă de sine şi asertivitate scăzute şi abilităţi sociale deficitare.

B. *Scopuri terapeutice*:

– reducerea atacurilor de panică (inclusiv a panicii în legătură cu panica);
– reducerea gândirii distorsionate negative, cu impact asupra anxietăţii generalizate şi a depresiei subclinice;
– stimularea asertivităţii şi dezvoltarea abilităţilor de rezolvare de probleme în vederea îmbunătăţirii relaţiei cu soţul şi a capacităţii de soluţionare a problemelor practice;
– îmbunătăţirea abilităţilor sociale cu impact asupra trăsăturilor de personalitate dependentă.

C. *Planificarea terapiei*

Planul de tratament a vizat în prima fază reducerea atacurilor de panică (inclusiv a panicii legate de panică) şi apoi diminuarea anxietăţii generalizate şi a depresiei subclinice. Ne-am propus, de asemenea, să lucrăm asupra asertivităţii, a stimei de sine şi a abilităţilor sociale (cu impact asupra unora dintre trăsăturile de personalitate dependentă). În ultima parte a terapiei au fost abordate unele probleme practice şi a fost introdus un program de prevenire a recăderilor.

Pentru atacurile de panică am folosit un pachet de tratament ce conţine: (1) tehnici de restructurare cognitivă (Clark, 1995), pentru reducerea interpretărilor catastrofice (a gândurilor automate), şi (2) hiperventilaţie/tehnici de control al respiraţiei (Ost, 1987), pentru a explica (în parte) şi controla simptomele de panică. De asemenea, la începutul intervenţiei, a fost utilizată o tehnică de distragere a atenţiei, atât în scop didactic (cogniţie *versus* emoţie), cât şi terapeutic (managementul rapid al simptomelor). Ulterior, pachetul de intervenţie pentru panică a fost adaptat pentru anxietate generalizată şi depresie subclinică, constând în: (1) tehnici de restructurare cognitivă (Beck, 1976; Clark, 1995), pentru modificarea gândurilor automate şi a credinţelor centrale, şi (2) tehnici de relaxare (Ost, 1987), pentru reducerea activării fiziologice cronice. Ne-am centrat şi pe modificarea (la diferite niveluri de abstractizare) a cogniţiilor evaluative asociate credinţelor centrale. Pentru a creşte asertivitatea şi pentru a îmbunătăţi abilităţile sociale, am folosit antrenamentul asertiv. Trainingul pentru dezvoltarea abilităţilor sociale şi de rezolvare de probleme a fost folosit cu scopul de a ajuta pacienta să devină mai încrezătoare în sine şi mai puţin dependentă.

Pachetul de tehnici a fost implementat după cum urmează:

(1) Pentru panică, pacienta a fost învăţată o tehnică de distragere a atenţiei (de exemplu, să descrie în detaliu toate obiectele din cameră) având ca scopuri: (a) combaterea convingerii Danei că nu are control asupra anxietăţii sale; (b) să-i ofere o modalitate de management al simptomelor, utilă pentru situaţiile în care atacarea gândurilor automate ar fi dificilă; (c) să constituie o

demonstraţie de impact al modelului cognitiv al anxietăţii, faţă de care Dana a fost destul de reticentă la început. Apoi i s-a prezentat tehnica hiperventilaţiei, utilă pentru modificarea interpretărilor catastrofice ale senzaţiilor corporale experienţiate în timpul atacurilor de panică. Tehnica de control al respiraţiei a fost, de asemenea, folosită deoarece reduce hiperventilaţia.

(2) Pentru modificarea gândurilor automate, a interpretărilor catastrofice şi, mai târziu, a credinţelor centrale, pacienta a fost învăţată tehnici de restructurare cognitivă şi tehnici comportamentale. De asemenea, ne-am focalizat pe modificarea cogniţiilor evaluative, prin intervenţie la diferite niveluri de abstractizare. Aceste tehnici au ajutat-o pe Dana să-şi înţeleagă gândurile şi asumpţiile dezadaptative şi să-şi reducă semnificativ simptomele de anxietate şi de panică, depresia subclinică şi unele trăsături specifice personalităţii dependente.

(3) Dana a învăţat o tehnică de relaxare şi o tehnică de control al respiraţiei. Tehnica de relaxare a avut cel mai mare efect asupra anxietăţii generalizate, prin reducerea *arousal*-ului cronic.

(4) Antrenamentul asertiv şi trainingul pentru îmbunătăţirea abilităţilor sociale şi a abilităţilor de rezolvare de probleme au fost introduse pentru a îmbunătăţi relaţiile interpersonale ale Danei (în special cu soţul ei) şi capacitatea ei de a rezolva problemele. Aceste intervenţii au avut, de asemenea, obiectivul de a o ajuta să fie mai puţin dependentă.

(5) La sfârşitul tratamentului a fost introdus un program de prevenire a recăderilor.

D. *Obstacole în terapie*

Întrucât Dana era medic – şi deci pregătită în modelul biomedical –, a fost greu să fie convinsă de legătura dintre cogniţii şi emoţii printr-o abordare convenţională. În consecinţă, s-a evitat impunerea logicii tratamentului (de exemplu, relaţia dintre cogniţii şi atacul de panică). În schimb, s-a optat pentru utilizarea unui număr mai mare de metode decât în mod obişnuit, pentru ilustrarea acestei relaţii: (1) biblioterapia – cărţi de medicină psihosomatică şi lucrări despre emoţii şi cogniţii; (2) exemple incluzând literatura privind experimentele lui Schachter şi Singer (1962) asupra emoţiilor şi cogniţiilor. La sfârşitul acestui program educaţional, pacienta a fost foarte surprinsă de impactul cogniţiilor asupra emoţiilor şi a fost interesată să introducă aceste idei nu doar în demersul nostru terapeutic, ci şi în practica sa de gastroenterolog.

Rezultate, concluzii şi urmărirea evoluţiei pacientului

Tratamentul Danei s-a extins pe parcursul a 18 şedinţe. La şase luni după încheierea terapiei nu s-au mai înregistrat atacuri de panică sau simptome de depresie subclinică. Totuşi, au persistat unele simptome de anxietate generalizată, însă acestea nu au mai îndeplinit criteriile DSM-IV pentru tulburarea de anxietate generalizată. Asertivitatea Danei şi abilităţile sale sociale s-au îmbunătăţit

semnificativ, ceea ce a avut un impact pozitiv asupra relaţiilor sale (inclusiv cu soţul şi părinţii) şi a reducerii trăsăturilor specifice personalităţii dependente. Toate aceste rezultate au fost operaţionalizate într-un design experimental cu un singur subiect cu niveluri de bază multiple în cazul simptomelor.

8.5. Blocaje şi erori în terapia cognitiv-comportamentală

Considerând serios limitele terapiei cognitiv-comportamentale discutate pe parcursul acestei lucrări, trebuie precizat că uneori rezultatele ei sunt parazitate de blocaje şi erori care apar în demersul terapeutic. Să le analizăm pe cele mai frecvente şi mai importante, restul putând fi inferate din textul lucrării (vezi Anexa 2, 2.5, pentru controlul acestora).

Blocajele care apar în terapie au mai multe cauze. Unele ţin de pacient, altele de terapeut, altele de forma patologiei, iar altele de interacţiunea tuturor acestor factori în context terapeutic.

Cele mai importante blocaje care ţin de pacient sunt:

– nu este pregătit pentru psihoterapie, fiind în faza precontemplativă;
– are expectanţe nerealiste referitoare la boală şi la cum poate să-l ajute terapia, la ce trebuie să facă el în terapie şi ce trebuie să facă terapeutul pentru el;
– are experienţă cu alte forme terapeutice, care nu-i permite înţelegerea demersului cognitiv-comportamental;
– abilităţile sale cognitive sunt reduse şi/sau nivelul educaţional este scăzut;
– are dificultăţi economice;
– suportul social este limitat.

◊ EXEMPLU

Profilul pacientului ideal – tânăr, educat şi inteligent, cu resurse economice şi suport social adecvat. Aceasta nu înseamnă că ceilalţi pacienţi nu beneficiază de psihoterapie; ei pot beneficia la fel de mult, fiind însă necesară o atenţie mai mare în implementarea tratamentului. Este chiar fascinant să utilizezi psihoterapia cu pacienţi dificili, care îţi solicită la maximum calităţile de terapeut şi pe ale sistemului terapeutic în care lucrezi.

Printre blocajele care ţin de scopul intervenţiei se numără:

– tulburarea este severă şi nu se cunosc încă mecanismele ei etiopatogenetice;

– tulburarea este severă şi, deşi se cunosc mecanismele ei etiopatogenetice, nu avem încă tehnici eficiente pentru a le modifica.

Blocaje importante care ţin de terapeut sunt:

– face erori multiple (vezi *infra*);
– dezvoltă relaţii contratransferenţiale puternice, pe care nu le conştientizează şi soluţionează;
– este inflexibil şi nu-şi adaptează intervenţia la pacient.

Blocajele care ţin de interacţiunea acestor factori vizează:

– dezvoltarea unei relaţii transferenţiale-contratransferenţiale neconştientizate şi neabordate terapeutic.

În terapie, *erorile* sunt făcute de terapeut! Pacientul nu greşeşte (nu există o profesie de „pacient", cu standarde clare), dar poate dezvolta blocaje şi rezistenţe (vezi *supra*). Cele mai frecvente erori făcute de terapeut pe parcursul intervenţiei sunt *teoretice*, *metodologice* sau *practice*.

Erorile teoretice se referă la confuzii teoretice şi la utilizarea neadecvată a constructelor de specialitate; ele sunt generate de o slabă expertiză a terapeutului, care poate fi însă îmbogăţită şi dezvoltată prin programe de formare continuă.

Erorile metodologice se referă la erorile care apar în actul de cunoaştere (de exemplu, cercetările clinice proprii asupra cazului cu care lucrează) şi în actul asimilării unor rezultate avansate de cercetare ştiinţifică pentru a fi aplicate în cazul respectiv.

Erorile practice se referă la:

- Psihodiagnostic şi evaluare clinică:
  - diagnostic clinic greşit şi/sau incomplet;
  - ignorarea măsurării obiective a rezultatelor intervenţiei;
  - nu se stabilesc clar obiectivele intervenţiei (de pildă, lista de probleme).
- Conceptualizarea cazului:
  - lipsa unei conceptualizări cognitive adecvate a cazului, care să răspundă la întrebările: (1) ce probleme sunt?; (2) de ce au apărut?; (3) ce trebuie făcut pentru a le ameliora?;
  - lipsa unei conceptualizări de interfaţă, alături de cea profesională;
  - neacceptarea conceptualizării de către pacient;
  - nesugerarea prin conceptualizare a unei scheme de tratament;
  - nediferenţierea între probleme practice şi probleme emoţionale.
- Proceduri terapeutice:

- inadecvate problemei pacientului (de exemplu, nu se orientează după lista procedurilor validate ştiinţific şi a ghidurilor clinice);
- neadaptate caracteristicilor pacientului (de pildă, utilizează tehnici logice la copii foarte mici);
- inadecvat aplicate (greşit aplicate):
  - se întăreşte legătura A-C;
  - nu se explorează suficient C;
  - se explorează prea detaliat A;
  - nu se întăreşte legătura B-C;
  - nu se identifică metacogniţiile şi metaemoţiile;
  - se abordează problema practică înaintea celei emoţionale;
- nerelaţionate cu conceptualizarea clinică;
- focalizate doar pe corecţie, nu şi pe dezvoltarea aspectelor pozive (de exemplu, cogniţii funcţionale/raţionale, emoţii pozitive).

- Ignorarea şi/sau utilizarea eronată a prescripţiilor cognitiv-comportamentale ca teme pentru acasă.
- Ignorarea procedurilor de prevenire a recăderilor şi recurenţei.
- Ignorarea urmăririi evoluţiei pacientului postintervenţie.
- Relaţia terapeutică:
  - lipsa unei relaţii terapeutice caracterizate prin empatie, acceptare necondiţionată, congruenţă şi colaborare.

Capitolul 9

Cercetare şi eficienţă în terapia cognitiv-comportamentală

9.1. Aspecte generale

Asistăm astăzi la o creştere a numărului formelor de tratament psihologic. Astfel, aşa cum am mai amintit pe parcursul lucrării (vezi şi David, 2003; David, 2006a; David, 2006b), în psihoterapie avem peste 200 de şcoli şi peste 600 de tehnici (Bergin şi Garfield, 1994). Foarte bine, am fi tentaţi să spunem! Cu cât numărul de tratamente disponibile este mai mare, cu atât şansa de ameliorare a suferinţei psihice este mai mare. Aşa să fie oare? Din păcate, creşterea numărului de tratamente a mers adesea în paralel cu creşterea artificială a numărului de categorii nosologice (vezi David, 2006a), fiind aşadar artificială. De unde ştim acest lucru? Dacă sporirea numărului de tratamente ar duce la apariţia mai multor metode de intervenţie eficiente, atunci:

– prevalenţa tulburărilor psihice ar trebui să se reducă odată cu înmulţirea tratamentelor eficiente;
– am asista la clarificarea unor modele etiopatogenetice pentru foarte multe tulburări psihice.

Numărul mare de tratamente nu a dus însă la scăderea prevalenţei principalelor tulburări psihice sau la clarificarea semnificativă a unor mecanisme etiopatogenetice (Lilienfeld *et al.*, 2003). Mai mult, prevalenţa unor tulburări psihice (de exemplu, de tip depresiv) a crescut în ultimele decenii (USDHHS, 1999). Sigur, se poate contraargumenta că, odată cu dezvoltarea societăţii, s-au dezvoltat şi diversificat şi factorii care determină tulburările psihice (de pildă, stresorii). Aceasta ar însemna că tratamentele sunt eficiente, dar, deoarece numărul de boli a crescut foarte mult, eficienţa lor nu a afectat semnificativ prevalenţa şi incidenţa tulburărilor psihice. Acest contraargument este interesant, dar, la o examinare logică atentă, nu este suficient de puternic. Dacă el ar fi adevărat, ne-am aştepta ca efectul lui să se exprime direct în creşterea incidenţei bolilor psihice (adică numărul de tulburări psihice noi care au apărut într-o anumită perioadă să crească), nu neapărat în sporirea prevalenţei lor (presupunând că cei suferinzi sunt trataţi). Or, prevalenţa tulburărilor psihice (de exemplu, numărul de boli existente la un moment dat) a fost şi este în creştere. Încercând totuşi să salvăm ipoteza că tratamentele sunt eficiente, folosind o formulă de tip Duhanes-Quine, am putea modifica ipoteza auxiliară, spunând că

tratamentele sunt eficiente, dar cei suferinzi nu au acces la ele; prin urmare, şi prevalenţa şi incidenţa tulburărilor psihice sunt mari. Cei suferinzi nu au acces la aceste tratamente eficiente deoarece sunt foarte scumpe (într-adevăr, costurile tratamentelor tulburărilor psihice sunt uriaşe, în SUA cheltuindu-se anual peste 100 de miliarde de dolari) sau nu sunt suficient de bine diseminate (2/3 dintre cei diagnosticabili cu o tulburare psihică nu caută, nu au acces şi/sau nu primesc nici un tratament). Ţinând cont că (1) tulburările psihice se numără printre principalele cauze de mortalitate în ţările dezvoltate, cheltuindu-se pentru managementul lor 1-4% din produsul intern brut şi existând aşadar un interes crescut pentru a le trata (de pildă, conform estimărilor OMS, tulburările psihice sunt cauza numărul doi de morbiditate şi mortalitate în ţările dezvoltate – USDHHS, 1999), şi că (2) datele experimentale arată că tratamentele pentru tulburările psihice sunt adeseori simptomatice, iar eficienţa lor este departe de a fi mulţumitoare (de exemplu, în cazul tulburării depresive majore, în urma tratamentului medicamentos, doar aproximativ 45-70% dintre pacienţi îşi ameliorează simptomatologia, iar la întreruperea acestuia, tabloul clinic reapare la 50-70% dintre ei – Antonuccio *et al.*, 1995; Deckersbach *et al.*, 2000; DeRubeis *et al.*, 2001), credem că ipoteza conform căreia avem tratamente foarte eficiente, dar ele nu ajung la cei suferinzi este puţin probabil să fie adevărată. În baza datelor analizate, credem (vezi şi Dawes, 1994) că mai probabilă este concluzia conform căreia avem tratamente foarte multe, relativ eficiente (cu eficienţă mulţumitoare pentru anumite condiţii – de exemplu, tulburări de anxietate – şi mai puţin eficiente pentru alte condiţii – de exemplu, tulburări bipolare) şi greu accesibile. Promovarea abordărilor mai bine validate ştiinţific (de exemplu, cognitiv-comportamentale şi biomedicale) este calea ce ne poate scoate din acest labirint format din sute de tratamente artificiale care, adeseori, nu ne duc nicăieri.

9.2. Suport ştiinţific şi psihoterapie

Din păcate, multe dintre cele peste 600 de tehnici de intervenţie psihoterapeutică (Bergin şi Garfield, 1994), combinate în pachete/proceduri de intervenţie, au fost adeseori întemeiate pe experienţă clinică şi studii de caz şi rareori investigate în studii experimentale. Datele experimentale existente totuşi cu privire la eficienţa psihoterapiilor au fost rezumate în metaanalize cantitative (de pildă, Lambert şi Barley, 2002; Wampold *et al.*, 1997) care au arătat că ele sunt eficiente pentru un spectru larg de tulburări psihice, au efecte pe termen lung şi previn recăderile

mai bine decât medicaţia psihotropă, precum şi că diferenţele dintre diversele forme de psihoterapie nu sunt clar demarcate (deşi există un avantaj al intervenţiilor cognitiv-comportamentale faţă de celelalte forme de terapie). Multe dintre aceste studii au fost însă criticate sub aspect metodologic, aşa încât concluziile metaanalizelor bazate pe ele sunt discutabile. În consecinţă, Asociaţia Americană de Psihologie (American Psychological Association – APA), prin Societatea pentru o Psihologie Clinică Ştiinţifică (Society for Science of Clinical Psychology – SSCP) din cadrul Diviziei de Psihologie Clinică (Division of Clinical Psychology), Divizia 12, a iniţiat un program de stabilire a criteriilor pe care o strategie de intervenţie psihoterapeutică trebuie să le respecte pentru a deveni validată ştiinţific (pentru detalii, vezi APA, la http://www.apa.org şi la http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/index.html). Criteriile minimale stabilite de APA pentru ca un tratament psihoterapeutic să fie validat ştiinţific se referă la următoarele aspecte:

– *Trebuie să existe un manual care să descrie clar strategia de intervenţie* . Sigur, nu este vorba de o algoritmizare a intervenţiei clinice. Intervenţia psihoterapeutică trebuie particularizată la pacientul cu care lucrăm. Este vorba despre nişte strategii euristice care, apoi, în funcţie de condiţia pacientului şi de terapeut, sunt individualizate pentru fiecare caz în parte pe baza deciziei terapeutului. Metaforic spus, prezenţa acestor strategii euristice reprezintă ştiinţa, iar particularizarea lor în cazul fiecărui pacient înseamnă ştiinţă făcută cu artă. Demersul este similar celui din medicină, unde se utilizează manuale şi ghiduri clinice de tratament.
– *Tratamentul este investigat în cadrul unor studii clinice controlate (*randomized clinical trials – RCT*)*. Trebuie să existe cel puţin două studii clinice controlate, conduse de grupuri de cercetare distincte. Pacienţii sunt distribuiţi randomizat în cel puţin două grupuri: un grup de control (de exemplu, acesta nu primeşte tratament, este înscris pe o listă de aşteptare sau primeşte un tratament clasic deja validat) şi un grup experimental, care primeşte tratamentul investigat. Suntem conştienţi de faptul că există metode diferite pentru avansarea cunoaşterii. Studiul de caz, observaţia sistematică, analiza unor situaţii-problemă sau experienţa clinică pot duce la noi cunoştinţe; ele contribuie însă mai ales la elaborarea unor teorii/modele şi/sau la exemplificarea unor teorii/modele deja construite şi validate, nu la testarea lor (vezi cazurile „micul Albert” şi „micul Peter”). Aceste cunoştinţe sunt contextuale şi nu pot fi generalizate. În măsura în care conştientizăm acest lucru şi-l exprimăm atunci când formulăm concluziile pe baza rezultatelor obţinute cu aceste metode (de pildă, studiul de caz), putem spune că facem ştiinţă. În măsura în care utilizăm astfel de metode (de exemplu, studiul de caz), dar în concluzii generalizăm rezultatele şi/sau considerăm teoriile/modelele construite deja validate, demersul este pseudoştiinţă. Pentru generalizarea rezultatelor şi/sau testarea unor teorii/modele, avem

nevoie de studii clinice controlate. Extinderea utilizării unor tehnici de psihoterapie care nu au fost testate în studii clinice controlate este periculoasă. Dacă nu sunt eficiente (presupunând că nu reduc, dar nici nu amplifică simptomatologia deja existentă), ele duc la costuri şi la probleme etice. Uneori însă, tratamentele psihoterapeutice au consecinţe negative, amplificând simptomatologia; până la 10% dintre pacienţi pot să-şi amplifice simptomatologia ca urmare a efectelor secundare ale psihoterapiei (Lambert şi Barley, 2002; Lambert şi Ogles, 2003). Să examinăm în continuare modul în care ignorarea celor prezentate mai sus poate avea serioase consecinţe negative asupra sănătăţii pacienţilor. Imediat după atacul terorist din 11 septembrie 2001, segmente largi de populaţie şi profesionişti din SUA au primit servicii psihoterapeutice de asistenţă pentru situaţii critice (*critical incident stress debriefing* – CISD). Unele segmente de populaţie au fost chiar obligate să urmeze astfel de tratamente (de pildă, pompierii, poliţiştii şi muncitorii implicaţi direct în acţiunile de salvare etc.)! Ce anume a determinat utilizarea pe scară largă a acestui tip de servicii şi chiar impunerea lor în cazul unor persoane care nu doreau asistenţă psihologică? Să explicăm ce s-a întâmplat (am participat personal la procesul de elaborare a unor materiale şi servicii psihologice pentru cei afectaţi de evenimentul din 11 septembrie 2001, prin Academy of Cognitive Therapy, SUA, astfel că am avut acces nu doar la datele experimentale care le susţineau, ci şi la procesul de implementare şi promovare practică a acestora). În baza unor analize clinice şi studii de caz (Bonnano, 2004), s-a observat că într-o situaţie traumatizantă avem cel puţin trei categorii de reacţii psihologice: (1) reacţii dezadaptative care intră în sfera patologiei (de exemplu, de stres acut sau stres posttraumatic); (2) reacţii negative funcţionale subclinice (de pildă, emoţii negative intense, dar care nu îndeplinesc criteriile pentru o categorie nosologică – stări intense de stres, teamă, tristeţe, nemulţumire etc.); şi (3) lipsa unor reacţii emoţionale negative intense. În plus, după aceste reacţii, unii se pot dezvolta posttraumatic, având o calitate a vieţii şi un echilibru psihoemoţional mai bune (Bonnano, 2004). În mod normal, subiecţilor care experienţiază prima categorie de reacţii psihologice li se oferă asistenţă de specialitate bazată pe studii clinice controlate. Însă în practica clinică s-a observat că unii dintre cei care au reacţii emoţionale negative, fără a se încadra într-o categorie nosologică, pot dezvolta ulterior probleme de stres posttraumatic, datorate, afirmă unii specialişti, reprimării conţinuturilor psihoemoţionale negative. În încercarea de a evita această situaţie, s-a presupus, pe baza practicii clinice şi a consensului specialiştilor, că utilizarea CISD o poate preveni. CISD vizează terapia suportivă, ventilarea emoţională, încurajarea discutării evenimentului traumatizant şi a exprimării emoţionale etc. Într-adevăr, analizele de caz anterioare au sugerat eficienţa CISD. Studiile clinice controlate efectuate recent arată însă că CISD poate amplifica simptomatologia în loc să o reducă şi să prevină apariţia stresului posttraumatic (pentru detalii, vezi Kagee, 2002). Altfel

spus, dacă nu s-ar utiliza CISD, reacţiile psihologice negative intense s-ar diminua de la sine, ele reprezentând, de fapt, nu reacţii patologice, ci reacţii adaptative ale organismului la situaţii stresante; ele ne ajută să prelucrăm informaţiile traumatice, asimilându-le în structura noastră de cunoştinţe. Încurajând subiecţii să discute despre ele şi să le controleze, aceste reacţii emoţionale negative se pot accentua şi transforma în psihopatologie în cazul anumitor persoane (de exemplu, la cei represivi)! Iată cum utilizarea pe scară largă, nereflexivă, a unor proceduri care nu au fost încă investigate riguros (de pildă, sub aspectul generalizării lor) poate duce la consecinţe negative severe. Probabil că studiile clinice controlate vor arăta dacă şi în ce condiţii folosirea CISD este eficientă, dar rezultatele pe care le avem acum, bazate mai mult pe analize de caz şi studii clinice necontrolate, nu justifică utilizarea sa pe scară largă.

– *Performanţa grupului experimental trebuie să fie mai bună decât performanţa celui de control (sau egală cu a acestuia, dacă grupul de control primeşte un tratament clasic).* În evaluarea rezultatelor unui program de intervenţie se iau în calcul atât criteriile statistice, cât şi cele clinice (ecologice). Relevanţa statistică asigură generalizarea rezultatului în populaţie, iar relevanţa ecologică asigură implementarea lui în practică. De exemplu, dacă se aplică o procedură de relaxare care reduce tensiunea arterială de la 200 la 180, această diferenţă poate fi semnificativă din punct de vedere statistic, dar nu are relevanţă ecologică (pacientul este tot hipertensiv). O intervenţie eficientă va reduce tensiunea de la 200 la 120, ceea ce probează o semnificaţie statistică şi ecologică (pacientul se înscrie în limitele normalităţii pentru valoarea tensiunii arteriale sistolice).

Aceste criterii minime au fost îmbogăţite recent de APA (vezi şi David, 2003; David, 2006a; David, 2006c), adăugându-se elemente noi:

– *Când grupul de control presupune lipsa tratamentului sau lista de aşteptare, este necesar un al treilea grup – grupul placebo*. Grupul placebo primeşte un tratament care îi este prezentat pacientului ca fiind eficient pentru condiţia lui, dar care, în fapt, nu vizează mecanismele etiopatogenetice presupuse a fi implicate în suferinţa acestuia. Ca exemple de tratamente psihologice placebo amintim: discuţiile libere, discuţiile pe teme specifice (de exemplu, despre nutriţie), terapia suportivă etc. Prezenţa grupului placebo ne permite să testăm simultan nu doar eficienţa intervenţiei, ci şi teoria presupusă a justifica intervenţia respectivă. În lipsa grupului placebo putem spune doar că tratamentul este eficient, dar nu cunoaştem cauzele acestei eficienţe. Adeseori, când se propune un tratament nou, acesta apare ca un pachet conţinând tehnici de intervenţie şi teoria asociată lor. Acest pachet este prezentat şi în programele de formare în psihoterapie. Pentru a fi considerat ştiinţific, un program de intervenţie trebuie să

aibă atât tehnici eficiente, cât şi teorii adecvate care să le justifice. Dacă facem disjuncţie între cele două, putem ajunge la situaţii ciudate; într-un asemenea context, tehnicile de mesmerism ar fi probabil considerate ştiinţifice. David şi Montgomery (2011) au propus recent un nou sistem de clasificare a psihoterapiilor care să ia în considerare, simultan, atât eficienţa pachetului de intervenţie, cât şi a teoriei care stă la baza sa (vezi tabelul 9.1); acest nou sistem stă la baza unui volum aflat în pregătire la Editura Wiley-Blackwell (David, Lynn şi Montgomery).

Tabelul 9.1. *Un nou model de clasificare a psihoterapiilor*

		Teorie		
		Bine susţinută empiric[b]	Susţinere echivocă – date preliminare sau contradictorii[c]	Puternice dovezi contra[d]
Pachet terapeutic	Bine susţinut empiric[a]	Categoria I	Categoria II	Categoria V
	Susţinere echivocă – date preliminare sau contradictorii[c]	Categoria III	Categoria IV	Categoria VII
	Puternice dovezi contra[d]	Categoria VI	Categoria VIII	Categoria IX

Legendă şi note:

• [a] **Pachetele terapeutice bine susţinute empiric** sunt definite ca fiind bazate pe dovezi obţinute prin intermediul studiilor clinice controlate (sau al echivalentului lor) în ceea ce priveşte eficienţa (absolută, relativă şi/sau specifică) şi/sau eficacitatea lor; „bine susţinute" în acest context înseamnă că au beneficiat de susţinere empirică în cel puţin două studii riguroase, conduse de cercetători independenţi sau de echipe independente de cercetare.

• [b] **Teoriile bine susţinute empiric** sunt definite ca fiind bazate pe dovezi obţinute din (1) studii corelaţionale sau experimentale şi/sau (2) analiza componentelor principale, interacţiuni variabile legate de pacient – de exemplu, tratament şi/sau analize de mediere/moderare în studii clinice complexe; astfel, teoria poate fi testată independent de pachetul ei terapeutic (de exemplu, prin studii corelaţionale sau experimentale) şi/sau în cadrul unui studiu clinic complex; „bine susţinute" înseamnă în acest context că au beneficiat de susţinere empirică în cel puţin două studii riguroase, conduse de cercetători independenţi sau de echipe independente de cercetare.

• **Susţinere echivocă – date preliminare sau contradictorii pentru pachetul terapeutic şi/sau teorie** înseamnă că *nu* există date (nu au fost culese), dovezile sunt **preliminare** (există date culese, fie ele pro sau contra, dar nu îndeplinesc standardele minime) sau **echivoce** (există atât date pro, cât şi contra).

• [c] **Puternice dovezi contra legate de pachetul terapeutic şi/sau teorie** înseamnă că acestea au fost invalidate empiric în cel puţin două studii riguroase, conduse de cercetători independenţi sau de echipe independente de cercetare.

• **Gri-închis** se referă la psihoterapiile cu **orientare pseudoştiinţifică**; cele mai reprezentative sunt cele incluse în categoria IX. **Gri-deschis** se referă la psihoterapiile cu **orientare ştiinţifică**, cele mai reprezentative (fond alb haşurat) fiind cele incluse în categoria I.

• **În funcţie de progresul cercetării** în domeniu, o formă de **psihoterapie** poate trece dintr-o categorie în alta.

Să argumentăm, prin analogie, cele afirmate aici, descriind succint evoluţia mesmerismului

(pentru detalii, vezi Gauld, 1992). Franz Mesmer a fost un medic vienez care a elaborat o teorie conform căreia planetele şi stelele ne influenţează prin intermediul unui fluid numit *magnetism animal*, prezent în fiecare dintre noi şi în mediul înconjurător. Dacă există un exces sau un deficit de magnetism animal în corpul nostru, apare boala. Rolul tratamentului este acela de a echilibra deficitul existent. Cum se poate face acest lucru? Cum în acea perioadă se descoperiseră magneţii (lucruri interesante pentru oamenii acelor vremuri, care se influenţau – se atrăgeau sau se respingeau – reciproc, care atrăgeau şi influenţau alte corpuri), Mesmer a presupus că aceştia au proprietatea de a influenţa magnetismul animal şi, în consecinţă, a început să-i folosească în tratament; magneţii erau puşi pe zonele bolnave sau acolo unde apărea durerea. Mai târziu, Mesmer a susţinut că el însuşi este înzestrat cu abilităţi speciale, că este mai sensibil la magnetismul animal, prin care poate modifica deficitul care cauzează boala. În consecinţă, atingând bolnavii cu o baghetă sau făcând pase magnetice de-a lungul zonelor bolnave, el elimina dezechilibrul magnetismului animal şi simptomatologia asociată acestuia. Se afirmă că Mesmer a ameliorat sau vindecat suferinţa a peste 20.000 de pacienţi utilizând aceste proceduri (Gauld, 1992). Probabil că dacă aceste strategii ar fi fost comparate cu un grup de control, într-un studiu clinic randomizat, mesmerismul ar fi fost considerat ştiinţific pe baza criteriilor minimale. Mesmer a cerut însă ca teoria lui să fie recunoscută ca fiind ştiinţifică. Drept urmare, Academia Franceză a numit o comisie condusă de Benjamin Franklin şi formată din personalităţi ale vremii (de exemplu, Deslon, Guillotine, Lavoisier etc.). Pentru a testa teoria, un grup de pacienţi a fost mesmerizat de Mesmer însuşi, iar un alt grup a fost indus în eroare: li s-a spus că sunt mesmerizaţi, dar, de fapt, nu au fost. Cu toate acestea, ameliorarea suferinţei a fost aproximativ egală la cele două grupuri, infirmându-se astfel teoria lui Mesmer. Concluziile comisiei au arătat că magnetismul animal nu are nici un efect; vindecarea este dată de sugestibilitatea şi imaginaţia bolnavilor, ceea ce astăzi am numi *efect placebo*. Prin prisma acestui exemplu, poate că înţelegem mai clar importanţa unui grup placebo în studiile de eficienţă a diverselor forme de tratament. Probabil că eficienţa multor forme de tratament, aşa-numitele tratamente alternative (de exemplu, bioenergie), poate fi explicată prin acelaşi mecanism placebo. În acest context, trebuie menţionat că, prin prisma ştiinţei, nu există tratamente ştiinţifice şi alternative (de pildă, de medicină alternativă), ci doar tratamente validate ştiinţific sau nevalidate ştiinţific. Urmând acest model, cercetările recente au arătat că multe forme de terapie sunt de fapt pseudoştiinţifice. Unul dintre cele mai cunoscute cazuri este cel al „terapiei de reprocesare şi desensibilizare prin mişcarea ochilor” (*Eye Movement Desensitisation and Reprocessing* – EMDR; pentru detalii, vezi Lilienfeld, 1996; McNally, 1999). Mişcarea ochilor, pe baza unui protocol stabilit de terapeut, duce la reprocesarea adaptativă a informaţiilor traumatizante şi la reducerea simptomatologiei în cazul stresului posttraumatic. O serie de studii clinice controlate (RCT) au arătat că această formă de terapie este eficientă în tratarea tulburării de

stres posttraumatic. Când s-a analizat însă teoria care stă la baza acestor tehnici, s-a constatat că efectul pozitiv al intervenţiilor este explicat de factori comportamentali – mecanismul inhibiţiei de stingere prin expunere –, şi nu de mişcarea ochilor, aşa cum sugera EMDR (în fapt, subiectul putea mişca ritmic orice, de la ochi la palme; pentru detalii, vezi McNally, 1999). Prin urmare, deşi intervenţia pare să fie eficientă, teoria care o justifică este alta decât aceea propusă de autorii ei. Dacă EMDR ar fi prezentată ca o intervenţie eficientă pentru tulburarea de stres posttraumatic, ea ar fi considerată o intervenţie bună, ale cărei mecanisme urmează să fie clarificate. Deoarece EMDR îşi prezintă efectele ca fiind justificate de teoria originală (de exemplu, mişcarea ochilor), ca sistem terapeutic (intervenţie + teorie), ea este considerată pseudoştiinţă. Aşadar, utilizată ca strategie de intervenţie ale cărei mecanisme urmează să fie clarificate, EMDR este ştiinţă; utilizată ca strategie eficientă prin protocolul de mişcare a ochilor, EMDR este pseudoştiinţă.

9.3. Suportul teoretico-experimental şi clinic al terapiei cognitiv-comportamentale

Există mii de studii riguroase care au investigat teoriile, eficienţa şi costurile terapiei cognitiv-comportamentale. Ele au fost sintetizate în sute de metaanalize (pentru detalii, vezi Beck, 2005; David *et al.*, 2005c) şi zeci de megaanalize (metaanalize ale metaanalizelor), pe baza cărora s-au formulat concluzii referitoare la eficienţa ei. Ideea este că un singur studiu nu poate fundamenta clar şi riguros eficienţa unui tratament, din cauza erorilor inerente oricărui demers de cercetare. Mai multe studii riguroase, sintetizate în metaanalize, pot face însă acest lucru. În baza acestor meta- şi megaanalize şi a analizării studiilor clinice controlate pe care se sprijină, APA a stabilit lista tratamentelor validate ştiinţific pentru diverse forme de patologie, dintre care peste 90% sunt tratamente cognitiv-comportamentale; această listă este actualizată continuu, pe măsură ce se efectuează noi cercetări. Conform criteriilor APA, este nevoie de cel puţin două studii clinice controlate (*randomized clinical trial* – RCT), conduse de grupuri de cercetare diferite, pentru a considera un tratament ca fiind validat ştiinţific! Studiile de validare şi testare a unui tratament nu sunt nici intuiţii clinice, nici analize de caz, ci cercetări experimentale riguroase, similare celor în care se testează eficienţa diverselor proceduri medicale (de exemplu, un nou medicament, o nouă tehnică de intervenţie medicală). Ele sunt cele care pot testa eficienţa/eficacitatea unor teorii/modele/proceduri, intuiţiile clinice şi studiile de caz (incluzând studiile calitative) având

rolul fie de a sugera o teorie (model/procedură), care apoi trebuie testată prin studii clinice controlate (vezi şi David, 2006a, 2006b), fie de a ilustra o teorie (model/procedură) deja testată. Dezvoltarea unei teorii (model/procedură) nu este similară cu testarea şi validarea ei!

Comparaţiile dintre terapia cognitiv-comportamentală şi diverse alte condiţii sunt prezentate în detaliu mai jos. Ele se bazează pe trei metaanalize (Butler şi Beck, 2000; Engels *et al.*, 1993; Lyons şi Woods, 1991) ce reunesc sute de studii şi mii de pacienţi. Rezultatele lor sunt exprimate în mărimea efectului (ME), ce are următoarele valori: foarte mică (0-0,20), mică (0,20-0,50), medie (0,50-0,80) şi mare (peste 0,80). Valorile respective se traduc în numărul de pacienţi care răspund mai bine la o anumită formă de intervenţie faţă de alta. Astfel, comparând terapia cognitiv-comportamentală cu o altă condiţie (de exemplu, control, altă psihoterapie, medicaţie etc.), dacă găsim o valoare mare a efectului (0,80), acest lucru înseamnă că peste 70% dintre pacienţii care au beneficiat de terapie cognitiv-comportamentală au un răspuns clinic superior pacienţilor care au beneficiat de forma alternativă de tratament. Evident că aceste rezultate sunt valabile astăzi. Speranţa este că, aşa cum se întâmplă în orice demers ştiinţific, evoluţia cercetărilor în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale va duce la noi forme de tratament, mai eficiente.

9.3.1. Eficienţa/eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul bolilor şi promovarea sănătăţii

Tabelul 9.2 prezintă eficienţa (cum funcţionează în studii controlate) şi eficacitatea (cum funcţionează în practica clinică) terapiei cognitiv-comportamentale în tratarea bolilor şi promovarea sănătăţii, aşa cum a rezultat ea din analiza a mii de pacienţi, pe baza unor studii clinice controlate, incluse în metaanalizele menţionate mai sus (Butler şi Beck, 2000; Engels *et al.*, 1993; Lyons şi Woods, 1991).

Tabelul 9.2. *Terapia cognitiv-comportamentală (TCC)* versus *grup de control (fără tratament, listă de aşteptare şi/sau placebo) pentru tulburări specifice*

Tipul de patologie	**Mărimea efectului**	**Procentul pacienţilor din grupul de TCC care au răspuns mai bine decât subiecţii din condiţiile de comparaţie (aici, grupul de control)**
Tulburare depresivă majoră la adulţi	0,82	> 79%
Tulburare depresivă majoră la adolescenţi	1,11	> 87%
Tulburare de anxietate generalizată	1,04	> 85%

Tulburare de panică cu şi fără agorafobie	0,91	> 82%
Fobie socială	0,93	> 82%
Depresie şi tulburări de anxietate la copii	0,90	> 82%
Distres marital	0,71	> 76%
Furie	0,70	> 76%
Tulburări somatice la copii	0,47	> 68%
Durere cronică	0,46	> 68%
Indicatori fiziologici (de exemplu, ritm cardiac, puls, EEG, răspuns electrodermal)	0,39	> 55%
Fobii simple şi complexe	0,80	> 75%
Tulburări psihosomatice (de pildă, tulburare erectilă, obezitate, tulburări cardiace, tulburări de tip diabetic, astm, insomnie, migrenă etc.)	1,92-2,54	> 85%
Tulburări subclinice (de exemplu, frică, tristeţe profundă)	0,95	> 80%
Anxietate de vorbire	1,71	> 85%
Neuroticism	1,75	> 85%
Iraţionalitate	2,15	> 85%
Diverse (tip A de comportament, dificultăţi şcolare, calitatea vieţii, stimă de sine)	1,04	> 85%

Se observă că terapia cognitiv-comportamentală individuală, în grup sau de grup este eficientă pentru un spectru larg de tulburări ale copilului şi adultului, având efecte semnificative din punct de vedere statistic şi clinic.

9.3.2. Eficienţa/eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale faţă de alte forme de terapie

Eficienţa/eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale *versus* alte forme de psihoterapie sau

condiţii experimentale, aşa cum a rezultat ea din analiza a mii de pacienţi, pe baza unor studii clinice controlate, incluse în metaanalizele menţionate mai sus (Butler şi Beck, 2000; Engels *et al.*, 1993; Lyons şi Woods, 1991):

(1) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* terapii suportive şi nondirective:
ME = 0,77.
(2) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* terapie comportamentală clasică:
ME = 0,30 (38 de comparaţii).
(3) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* alte terapii (de exemplu, psihodinamică, terapie gestalt, terapie umanistă, terapie adleriană, terapie centrată pe realitate, consiliere psihologică, dezvoltare personală şi vocaţională):
ME = 0,80 (17 comparaţii).
(4) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* control (fără tratament):
ME = 1 (31 de comparaţii).
(5) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* listă de aşteptare:
ME = 1 (28 de comparaţii).
(6) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* nivel de bază (înaintea terapiei):
ME = 1,4 (88 de comparaţii).
(7) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* placebo:
ME = 0,81 (21 de comparaţii).
(8) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* medicaţie:

- în tratamentul tulburării depresive majore, terapia cognitiv-comportamentală este marginal superioară medicaţiei antidepresive (ME = 0,30). La un an după tratament însă, rata recăderilor este cu 50% mai mică în terapia cognitiv-comportamentală decât în cazul medicaţiei;
- în combinaţie cu medicaţia, terapia cognitiv-comportamentală este mai eficientă decât medicaţia singură în tratamentul tulburărilor de tip psihotic (de exemplu, schizofrenie). În tulburările depresive, o combinaţie a terapiei cognitiv-comportamentale cu medicaţia nu este mai eficientă decât terapia cognitiv-comportamentală, cu excepţia tulburărilor severe cu elemente melancolice şi psihotice. Combinaţia dintre terapia cognitiv-comportamentală şi antidepresive pare însă mai indicată pentru tulburările severe la adolescenţi. O combinaţie între terapia cognitiv-comportamentală şi medicaţie nu este mai eficientă decât cele două luate individual în tulburările de tip anxios; terapia cognitiv-comportamentală previne însă mai bine recăderile în cazul tulburărilor de anxietate.

Rezultatele arată aşadar că, în acest moment, nici o altă formă de psihoterapie nu este mai

eficientă decât terapia cognitiv-comportamentală. Ea este superioară terapiilor dinamic-psihanalitice şi umanist-existenţial-experienţiale şi are, pentru anumite tulburări, o eficienţă/eficacitate comparabilă cu cea a medicaţiei, prevenind însă mai bine recăderile şi recurenţa problemelor psihice (de pildă, tulburarea depresivă majoră). Aceste concluzii nu sunt expresia credinţei autorului acestei lucrări, ci date obiective, obţinute pe zeci sau chiar sute de studii clinice controlate, incluzând mii de pacienţi, verificabile independent (Butler şi Beck, 2000; Engels *et al.*, 1993; Lyons şi Woods, 1991); ele sunt pe deplin congruente cu analizele independente efectuate de APA prin lista de tratamente validate ştiinţific. Ele nu sunt însă definitive – evoluţia cercetărilor în domeniu va duce la schimbări în aceste concluzii pe măsură ce vor apărea noi proceduri terapeutice şi/sau farmacologice.

9.4. Factori comuni *versus* factori specifici în eficienţa psihoterapiei

Concluziile formulate anterior, bine fundamentate de studiile clinice controlate, se bazează pe eficienţa superioară a factorilor specifici (de pildă, cogniţii funcţionale şi raţionale) angajaţi de terapia cognitiv-comportamentală în comparaţie cu alte forme de psihoterapie. Dar, aşa cum am arătat în capitolul 3, indiferent de abordarea psihoterapeutică, prima fază a intervenţiei presupune *(psiho)diagnosticul şi evaluarea clinică*. Apoi, pe baza acestor informaţii, se trece la faza de *conceptualizare,* în care se oferă pacientului o explicaţie sau o interpretare pentru simptomele sale. Dacă simptomatologia prezentată de subiect este complexă, atunci aceasta este descompusă în probleme specifice, care vor fi abordate, fiecare în parte, prin *intervenţie psihologică*. Toate aceste etape se realizează pe fondul unei *relaţii terapeutice* (de consiliere) adecvate, construită prin mijloace specifice în fiecare abordare psihoterapeutică.

Figura 3.1 ilustrează rolul acestor componente în eficienţa procesului psihoterapeutic: relaţia terapeutică – 30%; tehnicile de intervenţie – 15%; conceptualizarea clinică, prin speranţa de însănătoşire creată, are o contribuţie de 15% a efectului placebo, iar psihodiagnosticul şi evaluarea clinică, prin identificarea factorilor personali, au o contribuţie de 40% datorată acestor factori.

Aceşti factori comuni contribuie la eficienţa procesului terapeutic în toate formele de psihoterapie. Atingerea influenţei lor maximale, aşa cum apare în figura 3.1 şi cum a fost descrisă mai sus, depinde însă de valorile specifice pe care le iau.

În baza factorilor comuni, anumite metaanalize sugerează că nu ar exista diferenţe între diverse

forme de intervenţie terapeutică (de exemplu, Wampold *et al.*, 1997); altfel spus, ele sugerează că nu contează ce valori specifice iau factorii comuni în diverse terapii, important fiind doar faptul că ei există. Această lipsă a diferenţelor este cunoscută sub numele metaforic de „efectul păsării Dodo" (Rosenzweig, 1936). Dodo este un personaj din cartea lui Lewis Carroll *Alice în Ţara Minunilor*, celebru datorită cuvintelor „…toţi au câştigat, toţi trebuie să ia premiu", cu referire la o bizară „întrecere de atletism", în care nu se pornea de la o linie de start unică pentru toţi, ci fiecare pornea de unde voia şi de unde se afla, alergând oriunde dorea!

Cum se împacă aceste lucruri? Aduc factorii specifici un efect în plus faţă de cei comuni? Dacă da, de ce unele metaanalize (de pildă, Wampold *et al.*, 1997) nu au găsit diferenţe la nivelul eficienţei/eficacităţii diverselor forme de psihoterapie?

Aşa cum am arătat în secţiunea 9.3, pe baza a sute de studii şi mii de pacienţi, reiese că factorii specifici cognitiv-comportamentali fac din terapia cognitiv-comportamentală probabil cea mai eficientă formă de psihoterapie din zilele noastre. O serie de metaanalize clasice – în sensul că nu s-au focalizat doar pe evaluarea eficienţei terapiei cognitiv-comportamentale, ci şi pe evaluarea eficienţei psihoterapiilor în general – au arătat, de-a lungul timpului, că această concluzie este corectă (Reid, 1997; Smith *et al.*, 1980; Weisz *et al.*, 1987; Weisz *et al.*, 1995). Pe de altă parte, există câteva metaanalize (de exemplu, Wampold *et al.*, 1997) care sugerează că toate psihoterapiile par să fie la fel de eficiente, deşi se recunoaşte un efect superior, dar nu în mod semnificativ, al terapiei cognitiv-comportamentale. Cum se acomodează discrepanţele induse de aceste câteva studii în concluziile anterioare? Recent, Hunsley şi DiGiulio (2002), într-o analiză a studiilor metaanalitice care susţin „efectul Dodo", publicată în *The Scientific Review of Mental Health Practice*, evidenţiază erorile prin care s-a ajuns la acest efect, un mit convenabil în comunitatea terapeutică. Astfel:

– adeseori, metaanalizele nu au inclus doar studii clinice controlate, ci un amestec de studii clinice controlate (experimentale) şi studii clinice necontrolate (cvasiexperimentale); or, ca şi în medicină, standardul de aur pentru a stabili dacă un tratament funcţionează şi este eficient este studiul clinic controlat;
– gruparea terapiilor în categorii diferite a fost, în anumite cazuri, eronată. De exemplu, terapiile cognitive au fost incluse uneori în clasa terapiilor nonverbale;
– concluziile au fost adeseori distorsionate de interpretări. De exemplu, în metaanaliza lui Wampold *et al.* (1997) s-a găsit o mărime a efectului de 0,19; deşi mică, diferenţa există şi nu permite să se afirme că terapiile sunt echivalente;
– rezultatele se bazau frecvent pe măsurătorile făcute la sfârşitul tratamentului. Impactul unei terapii nu vizează însă doar remiterea tabloului clinic (*feeling better*), ci mai ales prevenirea

recăderilor şi a recurenţei tulburărilor (*getting better* şi *staying better*). Altfel spus, este probabil ca efectul factorilor comuni să apară la sfârşitul tratamentului, dar el este similar unui tratament simptomatic, nu etiopatogenetic; modificarea factorilor specifici se exprimă probabil în tratamente etiopatogenetice, cu efect pozitiv asupra recăderilor (*getting better*) şi recurenţelor (*staying better*).

Toate aceste elemente coroborate (vezi Hunsley şi DiGiulio, 2002) arată că echivalenţa psihoterapiilor sub aspectul eficienţei este un mit. Psihoterapiile nu sunt echivalente sub aspectul eficienţei lor! Factorii specifici fac diferenţa dincolo de efectul clar al factorilor comuni, iar această diferenţă este posibil să devină tot mai clară pe măsură ce cercetările reliefează factori specifici noi şi modalităţi mai eficiente de control al acestora. Aşa cum am arătat în subcapitolul 9.3, pe baza rezultatelor a sute de studii clinice controlate, reunind mii de pacienţi, terapia cognitiv-comportamentală este astăzi cea mai eficientă formă de psihoterapie. Acest lucru a fost asumat de asociaţiile profesionale (de exemplu, APA), de lucrările de profil cu anvergură în psihoterapie (Bergin şi Garfield, 1994) şi de casele de asigurări de sănătate (de pildă, în Marea Britanie, doar terapia cognitiv-comportamentală este susţinută finaciar în tratamentul tulburărilor psihotice, în combinaţie cu farmacoterapia). Acest lucru nu înseamnă că celelalte forme de psihoterapie nu sunt şi nu mai pot fi utile. Dacă ele vor încorpora un demers ştiinţific prin care se vor „depietrifica", dezvoltând teorii şi tehnici noi pe baza unor studii clinice controlate, dincolo de afirmaţiile unui „guru", eficienţa lor poate creşte semnificativ. Un exemplu de urmat în acest sens sunt terapiile dinamice de scurtă durată, care, eliberându-se de modelul psihanalitic clasic de a face psihoterapie, şi-au dezvoltat teorii şi proceduri validate ştiinţific, fiind astăzi, alături de terapia cognitiv-comportamentală, una dintre cele mai eficiente forme de intervenţie pentru tulburarea depresivă majoră.

9.5. Psihoterapie *versus* farmacoterapie

Ca angajament teoretico-metodologic, terapia cognitiv-comportamentală este perfect compatibilă cu farmacoterapia.

Aşa cum am arătat deja în subcapitolul 2.2, teoria psihologică şi cea biologică nu sunt în opoziţie sau alternative. Ele sunt adeseori descrieri diferite ale aceluiaşi fenomen. Într-adevăr, studiile existente (pentru detalii, vezi David, 2003; David, 2006a) arată că intervenţia

psihoterapeutică nu modifică doar factorii psihologici, ci influenţează şi factorii biologici (de exemplu, metabolismul serotoninei). La fel, intervenţia medicamentoasă afectează nu doar componenta biologică, ci şi pe cea psihologică (de pildă, gândurile automate). Diferenţele de eficienţă dintre ele ţin mai mult de nivelul de sofisticare la care s-a ajuns în cadrul tehnicilor biologice sau psihologice. De exemplu, în cazul tulburării depresive majore, psihoterapia şi medicaţia au aceeaşi eficienţă la sfârşitul tratamentului, dar psihoterapia este mai eficientă pe termen lung, prevenind recăderile (Beck, 1976; DeRubeis *et al.*, 2001). În cazul tulburărilor de tip psihotic, intervenţia medicamentoasă este mai avansată, aşa încât nu are sens să utilizăm tehnici psihoterapeutice (de exemplu, comportamentale) pentru a controla halucinaţiile în timpul episodului psihotic (deşi există astfel de tehnici); în acest caz, tehnicile terapeutice intervin după şi împreună cu tratamentul medicamentos, pentru a-i potenţa efectul şi/sau pentru simptomele psihotice reziduale.

Acestea fiind spuse şi subliniind compatibilitatea terapiei cognitiv-comportamentale cu farmacoterapia, nu înseamnă că ele trebuie utilizate mereu împreună. Utilizarea lor separată sau în combinaţie se decide pe baza studiilor clinice controlate, folosind simultan trei criterii: (1) teoria schimbării (*theory of change/mechanism of change*); (2) eficienţă (*efficacy*)/eficacitate (*effectiveness*); şi (3) eficacitatea din punctul de vedere al costurilor (*cost-effectiveness*).

În cazul unor tulburări psihice, studiile arată că o combinaţie între terapia cognitiv-comportamentală şi farmacoterapie este contraindicată. De exemplu, atunci când se utilizează tehnica *flooding* (a expunerii) pentru stări fobice, luarea medicaţiei anxiolitice interferează cu eficienţa acesteia. Tehnica expunerii presupune prezenţa unei stări anxioase, care nu apare dacă persoana ia anxiolitice. Apoi, uneori, dacă medicaţia afectează serios starea neuropsihologică a pacientului, cunoştinţele dobândite prin terapie cognitiv-comportamentală pot deveni dependente de această stare; aşadar, când se stopează medicaţia, ele nu vor mai putea fi utilizate performant în terapia cognitiv-comportamentală. Această observaţie este susţinută de studiile pe animale, care au arătat că, atunci când şoarecii învaţă să parcurgă un labirint sub influenţa unui drog, ei nu mai ştiu să-l parcurgă după ce efectul drogului încetează; dacă se reia „consumul” de droguri, şoarecii „ştiu” din nou să parcurgă labirintul (Eysenk şi Keanne, 2000)! În anumite tulburări (de exemplu, de tip psihotic), studiile (vezi Beck, 1995; David *et al.*, 2005c) au arătat totuşi că cea mai eficientă intervenţie este o combinaţie de terapie cognitiv-comportamentală şi farmacoterapie. În alte situaţii (de pildă, tulburarea depresivă majoră uşoară, medie, severă, fără elemente psihotice), cele două forme de terapie sunt la fel de eficiente, deşi, în general, terapia cognitiv-comportamentală pare să fie mai eficientă în prevenirea recăderilor şi recurenţei. Mai mult, uneori (de exemplu, tulburarea depresivă majoră la adulţi, de intensitate uşoară, medie, severă, fără elemente psihotice), terapia cognitiv-comportamentală şi/sau farmacoterapia, utilizate individual, sunt la fel de eficiente ca şi

combinaţia lor; aşadar ele nu merită combinate, căci acest lucru duce doar la creşterea costurilor, fără un câştig clinic. În fine, în alte cazuri (cum ar fi tulburarea depresivă majoră severă cu elemente psihotice şi/sau melancolice, tulburarea depresivă majoră severă la adolescenţi), combinaţia lor pare mai eficientă clinic decât fiecare luată separat; dacă analiza costurilor arată că această combinaţie este eficientă nu doar clinic, ci şi sub aspectul costurilor, atunci ea trebuie promovată în practică.

Aşadar, cele două fiind compatibile sub aspect teoretico-metodologic şi aplicativ, decizia pentru utilizarea separată sau în combinaţie a terapiei cognitiv-comportamentale şi farmacoterapiei trebuie luată pe baza rezultatelor din studiile clinice controlate, în care indicatorii principali sunt: (1) validitatea teoriei schimbării (*mechanism/theory of change*); (2) rezultatele asupra eficienţei (*efficacy*) şi eficacităţii (*efectiveness*); şi (3) analiza eficienţei din punctul de vedere al costurilor (*cost-efectiveness*). Aceste decizii sunt amendabile mereu, pe baza noilor cercetări.

9.6. Noi dezvoltări în cercetarea din terapia cognitiv-comportamentală

Ţinând cont de cele prezentate mai sus, angajamentul terapiei cognitiv-comportamentale este pentru dezvoltări care să ducă la o psihoterapie integrată, validată ştiinţific. Să le analizăm pe cele mai importante.

Suport ştiinţific. Suportul ştiinţific trebuie să se înscrie în paradigma unei practici validate ştiinţific (după modelul medicinei validate ştiinţific – *evidence based medicine*, EBM). EBM nu este o idee nouă. Originile ei filosofice datează din secolul al XIX-lea şi poate chiar mai dinainte. Aceste idei au ajuns să fie însă intens promovate şi ridicate la rangul de standarde în domeniu în principal sub presiunea caselor de asigurări de sănătate, interesate să-şi reducă costurile prin focalizarea resurselor doar asupra acelor proceduri medicale şi nonmedicale care sunt validate ştiinţific (Dawes, 1994). Această politică a caselor de asigurări de sănătate a dus la apariţia unor mişcări de promovare a ştiinţei în domeniul clinic, prin apariţia medicinei validate ştiinţific şi a psihoterapiei validate ştiinţific. Mulţi profesionişti şi pacienţi cred că tratamentele administrate de profesionişti, respectiv primite de pacient într-un cadru medical (de exemplu, spital) sunt validate ştiinţific (sunt mai bune decât nimic, decât alte tratamente mai vechi sau decât un tratament placebo). Ei bine, iată că lucrurile nu stau deloc aşa. Estimările făcute în anii ’70 şi ’80 de US

Congress Office of Technology Assessment arătau că doar aproximativ 10-20% dintre procedurile medicale erau susţinute ştiinţific. Aceasta înseamnă că în cazul a 80% dintre tratamentele pe care le primeam în acei ani nu ştiam dacă sunt sau nu ştiinţifice – mai precis, dacă sunt sau nu eficiente! Stau astăzi lucrurile altfel? Se pare că ele s-au îmbunătăţit, dar nu foarte mult. Estimări recente arată o proporţie puţin peste 20% de proceduri validate ştiinţific din totalitatea procedurilor medicale folosite. Sigur că aceste procentaje diferă în funcţie de domeniul medical specific. Tabelul 9.3 redă astfel de estimări pentru o serie de tipuri de tratamente medicale. Clasificarea vizează următoarele categorii ale validării ştiinţifice: (1) tratamente susţinute ştiinţific – există studii clinice controlate care arată că procedurile respective sunt mai eficiente decât tratamentele anterioare, grup placebo sau de control; (2) tratamente pseudovalidate ştiinţific – nu există studii clinice controlate, dar practica clinică şi consensul profesioniştilor sugerează că aceste tratamente sunt eficiente; (3) tratamente neştiinţifice – nu sunt susţinute de studii, de practica clinică sau de consensul profesioniştilor şi/sau au fost chiar invalidate de acestea.

Amintindu-ne limitele acestor studii – limite care derivă chiar din cele ale metodei ştiinţifice (de exemplu, eşantionarea, dificultăţile de generalizare a rezultatelor) –, rămâne totuşi impresionant faptul că un număr extrem de mic de tratamente medicale sunt bine validate ştiinţific. Cât priveşte psihiatria, mai aproape de demersul nostru, cercetările arată că, deşi din punctul de vedere al validării ştiinţifice stă mai bine decât alte domenii medicale (de pildă, chirurgia), procentul de tratamente validate este totuşi scăzut, luând în calcul standardele domeniului, discursul în domeniu (profesioniştii argumentează şi explică în lucrări de specialitate că tratamentele oferite sunt valide), credinţele pacienţilor şi, în general, aşteptările omului de simţ comun de la medicină. Aceste date confirmă rezultatele din anii ’70-’80 şi arată că progresul a fost infim. Analizându-le, înţelegem că declaraţia făcută de dr. Robert Califf, director al Duke University Clinical Research Institute, în revista *Time* din 12 octombrie 1998, şi anume că doar aproximativ 15% dintre serviciile oferite de medici sunt validate ştiinţific, este ea însăşi bine validată ştiinţific, chiar şi astăzi, deşi programe de diseminare a procedurilor *evidence-based* în practica clinică au fost angajate recent de diverse ţări (de exemplu, iniţiativa Improving Access to Psychological Therapies – IAPT, din Marea Britanie; vezi http://www.iapt.nhs.uk/); aceste programe nu au reuşit să schimbe decisiv practica clinică, publică şi/sau privată, în general, la nivel internaţional. De exemplu, o analiză mai recentă a *British Medical Journal*, în secţiunea „Clinical Evidence” (vezi http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacy-categorisations.html, accesat în mai 2012), arată că doar aproximativ 33% dintre tratamentele analizate (aproximativ 3.000) sunt benefice (11%) sau probabil benefice (23%), iar pentru 50% dintre ele nu avem date privind eficienţa lor; pentru restul, rezultatele (a) sunt mixte (7%), (b) arată că este puţin probabil să fie eficiente (6%) şi (c) arată că sunt ineficiente sau fac rău (3%).

Tabelul 9.3. Procentajul tipurilor de tratamente utilizate în practica medicală din SUA şi Europa (vezi şi David, 2003, 2006a, iar pentru detalii vezi A. Booth la http://www.shef.ac.uk/seharr/ir/percent.html, accesat în 2005)

Domeniul şi studiile pe baza cărora s-au formulat aceste procente	Tratamente validate ştiinţific	Tratamente pseudovalidate ştiinţific	Tratamente nonvalide
Psihiatrie Summers şi Kehoe (1996)	53%	10%	37%
Medicină generală Suarez-Varela et al. (1999)	38%	4%	58%
Medicină internă Nordin şi Asplund (2000)	50%	34%	12%
Chirurgie generală Lee et al. (2000)	14%	64%	22%
Tratamentul cancerului (SUA) Djulbegovic et al. (1999)	24%	21%	55%
Chirurgie vasculară Howes et al. (1997)	24%	71%	5%
Dermatologie Jemec et al. (1998)	38%	33%	23%
Chirurgie pediatrică Kenny et al. (1997)	11%	66%	23%
Anestezie Myles et al. (1999)	32%	64,7%	3,3%

Prin cercetările sale şi demersul său, terapia cognitiv-comportamentală este prototipul psihoterapiei validate ştiinţific şi motorul asimilării acestui demers în psihoterapie, în beneficul pacienţilor şi al psihoterapiei ca ştiinţă (vezi Ghidurile NICE, la http:www.nice.org.uk; Lista tratamentelor APA, la http://www.div12.org/Psychological Treatments/ index.html; şi/sau Analizele Cochrane Reviews, la http://www.cochrane.org/cochrane-reviews/).

Eclectism procedural susţinut ştiinţific. Există la nivelul practicii o tendinţă de a construi pachete de intervenţie care să includă proceduri şi tehnici din diverse tradiţii ale psihopatologiei. Acest eclectism procedural este de încurajat, în măsura în care el este dublat de studii de eficienţă a pachetelor astfel construite. În acelaşi timp, la nivel de procedură trebuie să diferenţiem acest eclectism de eclectismul la nivel de teorie. Eclectismul procedural presupune utilizarea unor tehnici cu angajamente teoretice diferite, dar reunite într-un cadru teoretic comun, integrativ (conceptualizare clinică coerentă şi validă). Eclectismul teoretic presupune utilizarea unor teorii

diferite asupra aceluiaşi fenomen, ceea ce duce frecvent la contradicţie în propriul discurs şi, în consecinţă, trebuie evitat; nu putem folosi şi teorii dinamic-psihanalitice şi umanist-existenţialist-experienţiale, şi cognitiv-comportamentale asupra aceluiaşi fenomen, ele fiind adeseori contradictorii. Vom apela la acea teorie care este susţinută de datele ştiinţifice şi care poate asimila proceduri din tradiţii diferite; aşadar, o teorie ştiinţifică reinterpretează şi integrează aspectele valide ale teoriilor anterioare în cadrul sistemului său teoretic, utilizând termeni proprii. Aşa cum am mai spus, în psihoterapie, terapia cognitiv-comportamentală a reinterpretat tehnicile dinamic-psihanalitice în termenii teoriei învăţării, care lipsea în abordarea lui Sigmund Freud. De exemplu: (1) transferul este interpretat ca un aspect specific al fenomenului de generalizare; (2) represia este un comportament învăţat, deoarece este întărită prin reducerea anxietăţii; (3) tehnica asocierilor libere este folositoare pentru obţinerea de material reprimat (inconştient), deoarece pacientul interpretează acceptarea de psihoterapeut a verbalizărilor sale ca iertare şi astfel teama asociată cu aceste idei se reduce etc. (Dollard şi Miller, 1950; Udolf, 1981).

Testarea eficienţei procedurii şi a teoriei schimbării. Un tratament ştiinţific trebuie să fie testat atât sub aspectul eficienţei procedurii, cât şi sub aspectul corectitudinii teoriei care stă la baza procedurii. O disociere între aceste două componente poate duce la situaţii în care, deşi tratamentul funcţionează, cauza eficienţei este alta decât cea oferită de teoria pe baza căreia s-a elaborat tratamentul sau, deşi teoria pare corectă, tratamentul este de o eficacitate îndoielnică.

Vom menţiona în continuare principalele conexiuni dintre teorie şi procedurile pe care aceasta le generează. Trebuie să specificăm clar de la început că influenţa rezultatelor cercetării fundamentale în practica clinică se realizează prin penetrarea unor filtre succesive. Aceste filtre nu au un rol regresiv pentru ştiinţă, ci unul protectiv pentru pacient. Secvenţa este următoarea:

– Cercetarea fundamentală descoperă un principiu, o regularitate. Prima condiţie este ca principiul să fie relevant pentru domeniul clinic. Adeseori, aceste principii se descoperă prin analiza subiecţilor umani sănătoşi, astfel că ele pot să nu se potrivească funcţionării pacienţilor cu diverse forme de psihopatologie. De exemplu, principiul disonanţei cognitive este foarte bine susţinut experimental (Festinger, 1957); el ne spune că, dacă apare o disonanţă între comportamentul nostru şi credinţele noastre, în timp, credinţele se reduc la nivelul comportamentului. Acest principiu pare să nu funcţioneze la fel de bine în cazul subiecţilor care suferă de depresie majoră (Beck *et al.*, 1979). Astfel, aceşti pacienţi se pot implica performant în diverse activităţi (ca urmare a sarcinilor terapeutice), dar continuă să susţină că sunt proşti şi incapabili să facă ceva. Chiar şi atunci când în studii ni se spune că s-a investigat anxietatea sau depresia, o analiză atentă relevă adeseori probleme subclinice (de exemplu, scorul mare la o

scală de anxietate al unor subiecţi normali), nu clinice (de pildă, pacienţi diagnosticaţi cu diverse tulburări de anxietate).

– Odată identificat un principiu cu relevanţă clinică, el trebuie transformat într-o procedură de intervenţie. Dacă nu se poate face acest lucru, descoperirea are valoare teoretică, dar nu are impact asupra practicii clinice.
– Procedura trebuie testată în studii de eficienţă (*efficacy*). În prima fază sunt expuse procedurilor dezvoltate persoane sănătoase, pentru a se urmări modul în care subiecţii umani reacţionează la aceste proceduri. Dacă ele se dovedesc nepericuloase (de pildă, nu generează probleme noi subiecţilor sănătoşi cărora le-au fost administrate), atunci urmează să fie aplicate pacienţilor pentru care au fost elaborate, în cadrul unor studii clinice controlate. Se vizează comparaţii cu grupuri de control şi placebo, adeseori într-un mediu controlat, de laborator. Dacă procedurile se dovedesc eficiente statistic şi clinic (ecologic – o mărime mare a efectului), se trece la următorul filtru.
– Procedurile eficiente sunt supuse unor studii de eficacitate (*effectiveness*) prin studii clinice controlate şi/sau cvasiexperimente, experimente cu un singur subiect etc. Se urmăreşte modul în care ele funcţionează efectiv în practica reală. Uneori, este posibil ca o procedură de intervenţie dovedită ca eficientă în studii de laborator să nu funcţioneze la fel de bine în practica reală. În laborator se utilizează adeseori populaţii selecţionate (de exemplu, doar pacienţi cu tulburare depresivă majoră), în timp ce în context ecologic tulburarea depresivă majoră, de pildă, este frecvent acompaniată şi de alte tulburări (anumite tulburări de personalitate). Această comorbiditate poate face ca o procedură eficientă în laborator să nu mai funcţioneze la fel de bine în practică. În plus, adeseori în practică nu se respectă exact procedurile, aşa cum sunt specificate ele în tratamentul care s-a dovedit eficient în studiul clinic controlat; de exemplu, aşa cum uneori în tratamentul medicamentos psihiatric managementul clinic (de exemplu, terapia suportivă, educaţia legată de boală etc.) nu este făcut atât de intensiv cum sugerează ghidul de tratament validat prin studii clinice controlate, nici în psihoterapie nu se respectă toate specificaţiile (de exemplu, secvenţa de intervenţie, numărul de şedinţe săptămânale etc.) din manualul care s-a dovedit eficient.
– Strategiile/procedurile care dovedesc eficienţă ecologică sunt supuse analizei costurilor (*cost-effectiveness*, *cost-benefit analysis*). Dacă implementarea lor într-o clinică duce la reducerea costurilor sau la o creştere nesemnificativă a costurilor în raport cu beneficiile, procedura va fi implementată. Dacă nu se întâmplă aşa, atunci, în ciuda eficienţei clinice, se va renunţa la ea. Faptul că pacientul ar beneficia de o intervenţie psihologică nu înseamnă că acesta va primi automat respectiva intervenţie. Sistemul sanitar este un sistem cu resurse limitate. Aşadar se vor implementa numai acele proceduri care sunt eficiente din punct de vedere ştiinţific şi sub

aspectul costurilor.

◊ EXEMPLU

Analiza eficienţei din punct de vedere al costurilor (AEC)/*cost-effectiveness analysis* (CEA) este procedura care ne ajută să selectăm dintre strategiile de intervenţie aflate în competiţie, atunci când resursele sunt limitate (de exemplu, nu le poţi utiliza pe toate), pe cea mai adecvată. AEC a fost dezvoltată în domeniul militar, devenind apoi o procedură influentă în sistemul actual de sănătate. Rata eficienţei costurilor (EC) se calculează după formula: (costul noii strategii – costul strategiei curente)/(efectul noii strategii – efectul strategiei curente). Eficienţa sub aspectul costurilor nu înseamnă că se salvează bani, iar o strategie care salvează bani nu este neapărat eficientă sub aspectul costurilor. Ea se aplică doar atunci când noua strategie este mai eficientă şi mai scumpă decât strategia curentă (sau mai puţin eficientă şi mai puţin costisitoare). Dacă EC este suficient de scăzut, noua strategie este considerată eficientă sub aspectul costurilor; ce înseamnă „suficient de scăzut" depinde însă de resursele sistemului în cadrul căruia s-a făcut analiza. Efectul strategiilor se estimează prin studii clinice controlate şi se exprimă în unităţi standard (de exemplu, ani de viaţă câştigaţi, calitatea vieţii). Costurile se estimează fie prin modelare (de exemplu, utilizând costuri standard), fie prin măsurătorile făcute direct în practica reală.

– Un ultim filtru este cel al acomodării protocolului într-un cadru dat. Uneori, anumite proceduri nu pot fi implementate din cauza spaţiului, personalului (de pildă, nu sunt specialişti pregătiţi în implementarea tratamentului) etc.

Aceste filtre generează adeseori un oarecare decalaj între obţinerea rezultatelor cercetării fundamentale şi aplicarea lor, ceea ce este însă un lucru obişnuit în ştiinţă. Nu toate rezultatele cercetării fundamentale din genetică s-au constituit deja în aplicaţii ale ingineriei genetice; ele trebuie testate în privinţa siguranţei şi eficienţei/eficacităţii lor. De asemenea, în domeniul psihofarmacologiei, nu toate tratamentele experimentale sunt implementate în practică. Ele trebuie să treacă prin filtrele menţionate mai sus şi abia apoi vor fi implementate pe scară largă.

*Paradigma cercetător-practician (*scientist-practitioner*)*. Internaţionalizarea cercetării a dus la o competiţie acerbă în domeniu, cu scopul final al construirii unei societăţi şi a unei economii bazate pe cunoaştere. În acest context, relaţia cercetare-dezvoltare-inovare devine axa pe baza căreia poate fi atins acest obiectiv, axă care impune însă un nou model de profesionist, cercetător-practician (*scientist-practitioner*).

Altfel spus, un practician trebuie să aibă mentalitatea unui om de ştiinţă. Aceasta înseamnă că este pregătit nu doar să facă ştiinţă aplicată, ci şi să fie un consumator de ştiinţă, adică să înţeleagă o contribuţie ştiinţifică şi să aibă acces la contribuţiile ştiinţifice. În schimb, un cercetător trebuie să gândească şi prin prisma unei finalităţi practice, prin finalitate practică înţelegând nu doar rezolvarea unei probleme stabilite de cercetător, cu impact teoretic sau practic, ci mai ales rezolvarea unei probleme cu relevanţă teoretică şi/sau practică pe scară largă.

Capitolul 10

Educaţie şi formare în terapia cognitiv-comportamentală

10.1. Aspecte generale

Formarea iniţială (de bază) în consiliere psihologică (pentru detalii, vezi European Association for Counselling, http://www.eacnet.org) şi terapie cognitiv-comportamentală (pentru detalii, vezi European Association for Behavioral and Cognitive Therapies, http://www.eabct.com) se face prin programe universitare combinate cu programe de formare în cadrul unor asociaţii profesionale. Aşa cum spuneam anterior, expresia „coaching cognitiv-comportamental" este utilizată uneori pentru a arăta acţiunea consilierii psihologice şi a terapiei cognitiv-comportamentale în promovarea sănătăţii, evitându-se astfel conotaţiile patologice ale unor intervenţii. Acest artefact lingvistic nu presupune însă eliminarea procesului de formare, care se derulează după principiile descrise în continuare, indiferent de numele utilizat. Acest lucru este fundamental pentru a asigura un standard ridicat al serviciilor şi protecţia beneficiarilor.

Formarea iniţială, care asigură statutul de consilier psihologic şi/sau terapeut cognitiv-comportamental, presupune (vezi http://www.psihoterapiecbt.ro):

(1) *Pregătire teoretică* (clinică). Această pregătire teoretică este adeseori asigurată de curriculumul universitar al facultăţilor de psihologie. Pentru cei care nu sunt psihologi (dar au o pregătire în domeniul sociouman), aceste cursuri clinice pot fi oferite în regim de învăţământ la distanţă şi/sau postlicenţă.

(2) *Formare specifică în terapie* (consiliere psihologică) *cognitiv-comportamentală* (aproximativ 500 de ore). Formatorii trebuie să fie psihoterapeuţi (consilieri psihologici), acreditaţi în terapie cognitiv-comportamentală.

(3) *Practică cu caz* (aproximativ 3 ani). Cursanţii trebuie să fie angajaţi de preferinţă într-o instituţie a Ministerului Sănătăţii, Ministerului Educaţiei şi Cercetării, dar şi în organizaţii guvernamentale sau nonguvernamentale, unde pot oferi servicii de consiliere psihologică şi/sau psihoterapie.

(4) *Supervizarea practicii* (aproximativ 150 de ore). Supervizarea se face de psihoterapeuţi/consilieri psihologici, formatori acreditaţi în terapie/consiliere psihologică

cognitiv-comportamentală.

În plus, se cere parcurgerea unui modul de terapie personală (aproximativ 250 de ore) care, în terapia cognitiv-comportamentală, cuprinde elemente de autocunoaştere, dezvoltare şi optimizare personală. Astfel, formularele din Anexa 2 (de pildă, fişa sintetică a modelului ABC cognitiv) pot fi utilizate în procesul de autocunoaştere. De exemplu, săptămânal se pot analiza prin prisma acestui formular cele mai dificile situaţii cu care v-aţi confruntat. După câteva săptămâni, veţi avea un material suficient de bogat care să vă ajute să înţelegeţi care este propriul pattern iraţional/disfuncţional şi care sunt patternurile funcţionale/raţionale pe care trebuie să le asimilaţi. Modulul de terapie personală este fundamental pentru a-l ajuta pe viitorul consilier psihologic/psihoterapeut să înţeleagă care sunt punctele sale tari, dar şi aspectele mai slabe, care trebuie controlate în beneficiul clientului.

În continuare, prezentăm succint, ca exemplu, particularizarea acestui model pentru formarea în consiliere psihologică şi psihoterapii cognitive şi comportamentale. Ca regulă generală, programul de formare pentru consiliere psihologică este mai scurt decât cel pentru psihoterapie, deşi ambele au aceeaşi structură şi se referă la o şcoală specifică (de pildă, cognitiv-comportamentală, terapie centrată pe client etc.). Formarea continuă, care urmează formării iniţiale (de bază), este un demers obligatoriu pentru promovarea şi dezvoltarea profesională în consiliere psihologică şi terapie cognitiv-comportamentală. Prin programe de formare continuă, noile dezvoltări în domeniu sunt transmise practicienilor. În general, în programele de formare în terapie cognitiv-comportamentală se vizează educarea unui profesionist care să aibă următoarele trăsături:

– să fie *scientist-practitioner* – altfel spus, să fie mereu deschis şi informat asupra evoluţiilor teoretico-experimentale din domeniul său şi să aibă o practică clinică validată ştiinţific, amendabilă mereu de noile dezvoltări, în beneficiul clientului său. Aşadar trebuie să fie capabil să înţeleagă rezultatele cercetării ştiinţifice şi să facă cercetare în cursul practicii profesionale (de pildă, prin utilizarea studiilor de caz, a experimentului cu un singur subiect, a unor studii de eficacitate; pentru detalii, vezi David, 2006a, 2006b);
– să nu considere stilul său cognitiv şi comportamental drept un standard; faptul că el, ca terapeut, gândeşte într-un fel nu înseamnă că acea modalitate este funcţională/raţională. Să ne amintim că nimeni nu este perfect funcţional/raţional! Similar, patternurile sale comportamentale şi emoţionale nu sunt automat standarde de comportament adaptativ, respectiv de emoţii funcţionale. Raţionalitatea/iraţionalitatea şi funcţionalitatea/disfuncţionalitatea se definesc profesional şi ştiinţific!
– să poată dezvolta caracteristici de empatie, colaborare, congruenţă şi de acceptare necondiţionată a pacienţilor;

– să pună interesul pacientului, odată acceptat în terapie, mai presus de interesele şi orgoliile proprii; tratamentul aplicat se face nu în funcţie de ce îi place lui (i se potriveşte lui ca personalitate şi ca terapeut), ci de ce are nevoie pacientul, pornind de la cele mai eficiente tratamente existente pe piaţă;
– de preferinţă, să fie cult, inteligent şi, cu siguranţă, bine pregătit profesional (cu expertiză avansată);
– să-şi cunoască propriile limite, pe care să le respecte şi/sau să le utilizeze creativ în activitatea profesională;
– să aibă o atitudine umanistă şi constructivă la nivel social şi al comunităţii profesionale.

10.2. Aspecte specifice

Aspectele de mai jos sunt dezvoltări recente în programele de formare în terapia cognitiv-comportamentală, reflectând noile progrese din ştiinţa psihologică (vezi pentru detalii şi David, 2003, 2006a).

10.2.1. Psihologia pozitivă

Modul în care procesăm (prelucrăm) realitatea poate fi unul realist, în care cogniţiile noastre aproximează foarte bine fenomenul, sau unul distorsionat. Distorsiunea poate să fie negativă – avem tendinţa să ignorăm aspectele pozitive şi să accentuăm aspectele negative ale fenomenului – sau pozitivă – avem tendinţa să ignorăm aspectele negative şi să accentuăm aspectele pozitive. Cercetările recente au arătat că sănătatea mentală este strâns legată de o pendulare între realism şi distorsiune pozitivă (Taylor, 1993). „Iluziile pozitive”, exprimate printr-un optimism realist, sunt elemente importante pentru sănătatea mentală. Pe baza acestor rezultate a fost iniţiat relativ recent un întreg domeniu de cercetare în sfera psihologiei – psihologia pozitivă (Seligman şi Csikszentmihalyi, 2000). În psihologia pozitivă, accentul este pus pe aspectele pozitive ale fiinţei umane (de exemplu, emoţii pozitive şi funcţionale) şi pe rolul acestora ca factori terapeutici şi de

protecţie în situaţii stresante. Cercetările recente au arătat, de exemplu, că emoţiile pozitive şi negative (similar, cele funcţionale şi disfuncţionale) nu sunt constructe bipolare (Watson, 2000). Altfel spus, o reducere a emoţiilor negative nu înseamnă automat o creştere a emoţiilor pozitive, după cum o reducere a emoţiilor pozitive nu înseamnă o creştere a emoţiilor negative (atât ca frecvenţă, cât şi ca intensitate). Emoţiile negative şi cele pozitive par să fie constructe ortogonale, ceea ce înseamnă, de pildă, că cineva poate să fie depresiv, dar şi calm în acelaşi timp (vezi figura 10.1, adaptată de David, în baza cercetărilor proprii, după Russell şi Carroll, 1999, şi Watson, 2000; pentru detalii, vezi şi o dezbatere în domeniu: Russell şi Carroll, 1999; Watson şi Tellegen, 1999).

Emoţiile pozitive apar mai ales combinate cu cele funcţionale şi negative, şi mai greu cu cele disfuncţionale şi negative (deşi nu este imposibilă nici această combinaţie).

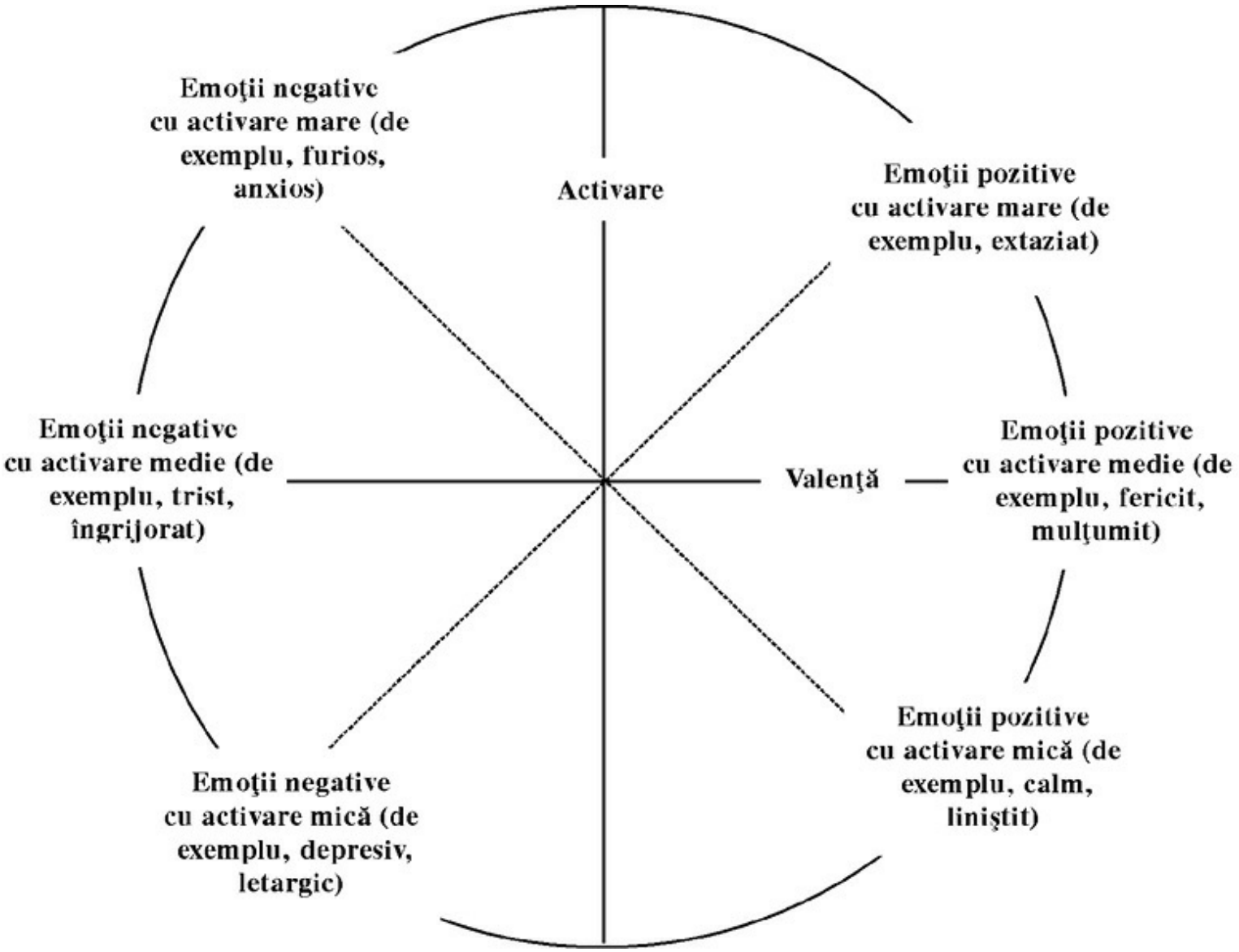

Emoţii negative cu activare mare (de exemplu, furios, anxios)
Activare
Emoţii pozitive cu activare mare (de exemplu, extaziat)
Emoţii negative cu activare medie (de exemplu, trist, îngrijorat)
Valenţă
Emoţii pozitive cu activare medie (de exemplu, fericit, mulţumit)
Emoţii negative cu activare mică (de exemplu, depresiv, letargic)
Emoţii pozitive cu activare mică (de exemplu, calm, liniştit)

Figura 10.1. *Relaţiile dintre emoţiile pozitive şi cele negative*

Din păcate, în cazul tulburărilor psihologice, programele de formare în domeniul clinic

continuă linia clasică şi se focalizează obsesiv pe aspectul corectiv, deşi, aşa cum am afirmat mai sus, simpla reducere a emoţiilor negative nu înseamnă automat creşterea emoţiilor pozitive. Această limită a programelor de formare se poate vedea şi în cercetare. Cele mai multe cercetări clinice privind eficienţa unor tratamente medicamentoase sau psihoterapeutice utilizează în pretest şi posttest scale care evaluează psihopatologia. Un tratament este considerat eficient dacă scorul în posttest este mai scăzut decât scorul în pretest (şi/sau în comparaţie cu un grup de control). Adevărat, dar aceste rezultate arată doar că s-au redus emoţiile negative disfuncţionale (distresul). Ce s-a întâmplat cu emoţiile pozitive? A dus tratamentul şi la creşterea acestora? Astfel de întrebări au fost luate serios în discuţie abia în ultima perioadă, deoarece terapeuţii nu erau pregătiţi, în cadrul programelor de formare, să se concentreze asupra aspectelor de optimizare şi dezvoltare personală a pacienţilor lor. Este adevărat că, prin definiţie, intervenţia în domeniul clinic vizează atât tratamentul tulburărilor psihice, cât şi dezvoltarea şi optimizarea personală. La fel de adevărat este însă că se ignoră încă aspectul de dezvoltare şi optimizare personală, care a fost preluat ca un deziderat important de psihologia pozitivă. Unii autori (vezi Price şi Lynn, 1981) au justificat focalizarea pe aspectul corectiv ca o consecinţă naturală a complexului pe care psihologia clinică îl are faţă de medicină. Domeniul tulburărilor psihice este mai greu cuantificabil decât cel al tulburărilor somatice, aşa încât psihopatologiei i s-a refuzat mult timp statutul de ştiinţă în comparaţie cu restul medicinei. Alţi autori (vezi Price şi Lynn, 1981), deşi recunosc această focalizare pe aspectul corectiv, spun că nu este nicidecum vorba despre un complex, ci despre o decizie pragmatică. Psihoterapia s-a dezvoltat acolo unde era cerută. Oamenii apelează la terapeut mai ales atunci când suferă şi au nevoie de ajutor; în consecinţă, psihoterapia s-a orientat pragmatic în această direcţie, ca şi restul medicinei de altfel (şi medicina este încă focalizată mai mult pe patologie decât pe profilaxie). În plus, şi tehnicile de intervenţie validate ştiinţific pe care le avem se referă mai ales la tulburările psihice şi mai puţin la optimizarea personală. Oricum, indiferent de motive, sunt evidente în domeniul clinic şi în psihoterapie în general lipsa eforturilor de a dezvolta aspectele pozitive ale subiectului uman, precum şi focalizarea excesivă pe aspectele corective (Seligman şi Csikszentmihalyi, 2000). Terapia cognitiv-comportamentală s-a ancorat rapid în noile dezvoltări şi include aceste aspecte ca element fundamental al programelor de formare; acest lucru era de aşteptat în măsura în care fondatorul şi promotorul psihologiei pozitive (Martin Seligman) este şi unul dintre fondatorii şi promotorii terapiei cognitiv-comportamentale.

10.2.2. Provocarea paraprofesioniştilor

Aşa cum am văzut anterior, programele de formare în domeniul clinic sunt complexe şi organizate de-a lungul unei perioade lungi de timp. Efortul financiar, intelectual şi de timp pentru a putea obţine o formare într-un tip sau altul de psihoterapie este remarcabil. Dacă aceste resurse ar fi alocate altor arii de specializare, probabil că s-ar putea obţine două licenţe în două domenii diferite. Este de aşteptat ca un program complex de formare să creeze profesionişti cu abilităţi şi performanţe superioare celor care nu au parcurs un astfel de program. Ce ne spun însă datele ştiinţifice? Rezultatele arată că diferenţa dintre profesionişti şi paraprofesionişti (persoane fără pregătire în domeniul clinic) sau dintre profesioniştii cu mai multă pregătire şi cei cu pregătire mai redusă (de pildă, nivel doctoral *versus* nivel master) în ceea ce priveşte eficienţa tratamentului tulburărilor psihice prin psihoterapie este minimă. Paraprofesioniştii obţin rezultate asemănătoare celor obţinute de profesionişti, iar între profesionişti nu există diferenţe în funcţie de nivelul de pregătire (nivel doctoral *versus* nivel master) sau de tipul de pregătire (de exemplu, psiholog *versus* psihiatru). O metaanaliză incluzând peste 40 de studii arată clar acest lucru (Dawes, 1994). Încercând să explice aceste date contraintuitive privind eficienţa paraprofesioniştilor raportată la cea a profesioniştilor, s-a afirmat că diferenţa dintre ei este evidentă în evoluţia pe termen lung a pacientului şi în cazul unor tulburări severe. Din nou, cercetări care sintetizează rezultatele a peste 20 de studii arată că nu există diferenţe nici în aceste condiţii (Dawes, 1994). Acesta este un rezultat contraintuitiv şi greu de acceptat. Cum au reacţionat psihologia clinică şi psihoterapia la aceste rezultate? Defensiv. Le ignoră, le neagă şi îşi continuă programele de formare după reţeta veche. Cum a reacţionat terapia cognitiv-comportamentală? Într-o manieră nondefensivă şi constructivă, care i-a adus mult de câştigat. Astfel, o analiză atentă a studiilor care au arătat că diferenţele dintre profesionişti şi paraprofesionişti sunt relativ mici în ceea ce priveşte eficienţa tratamentelor administrate a evidenţiat, de asemenea, faptul că:

– diagnosticul şi evaluarea clinică au fost făcute de profesionişti chiar şi atunci când tratamentul a fost efectuat de paraprofesionişti; lucru de înţeles, ţinând cont că pentru a face un tratament era nevoie de un diagnostic prealabil, diagnostic pe care paraprofesioniştii nu ştiau să-l formuleze;
– protocolul clinic a fost creat de profesionişti; paraprofesioniştii nu au fost lăsaţi nesupravegheaţi cu pacienţii, ci au urmat un protocol clinic creat de profesionişti;
– înainte şi în timpul aplicării protocolului clinic, paraprofesioniştii au fost supervizaţi de profesionişti, pentru a se asigura că protocolul clinic se administrează corect.

Iată aşadar că o concluzie nondefensivă ar fi că paraprofesioniştii supervizaţi şi coordonaţi de profesionişti pot obţine rezultate eficiente în psihopatologie. În consecinţă, programele de formare a terapeuţilor cognitiv-comportamentali includ module în care profesioniştii învaţă cum să coordoneze şi să formeze paraprofesionişti (vezi şi situaţia analogă a paramedicilor). Dacă

celelalte psihoterapii nu urmează modelul terapiei cognitiv-comportamentale şi nu adoptă o atitudine nondefensivă faţă de studiile care arată eficienţa paraprofesioniştilor, s-ar putea să apară surprize; pe măsură ce aceste studii vor deveni tot mai cunoscute, este posibil ca unele case de asigurări de sănătate să prefere să plătească paraprofesionişti, care au tarife mai reduse. O consecinţă firească ar putea fi organizarea de aceştia a unor programe de formare proprii. O atitudine nondefensivă ar fi examinarea critică a studiilor, demararea de noi cercetări realizate de asociaţiile profesionale reprezentative ale psihologilor şi psihiatrilor, iar dacă rezultatele se confirmă, asumarea de aceştia a rolului de supervizor şi formator pentru practica paraprofesioniştilor, practică recunoscută acestora pentru anumite situaţii, identificate în baza studiilor riguros conduse.

10.2.3. Provocarea terapiilor autoadministrate şi online

Costurile programelor de tratament pentru tulburările psihice sunt uriaşe, în SUA, de exemplu, cheltuindu-se anual peste 100 de miliarde de dolari. Ca alternativă la tratamentele oferite de profesionişti s-au propus programe de terapie autoadministrată (unele autoadministrate online). Ele pot fi aplicate de pacient, cu o intervenţie minimă din partea terapeutului şi, în consecinţă, cu costuri reduse. Ce arată studiile de specialitate? Cercetări care sintetizează peste 20 de studii arată că diferenţa dintre psihoterapie şi terapia autoadministrată este minimă şi nesemnificativă. În ciuda acestor rezultate clare, programele de training în psihoterapie continuă să ignore importanţa procedurilor de terapie autoadministrată şi nu pregătesc suficient de bine profesioniştii pentru utilizarea lor în practica clinică (Dawes, 1994).

După cum spuneam, au început să apară şi proceduri de oferire a serviciilor de terapie online. Deşi rezultatele lor nu sunt concludente încă, ele trebuie luate serios în considerare, cel puţin ca servicii de psihoterapie oferite în scopul promovării sănătăţii, prevenirii patologiei şi tratamentului unor tulburări subclinice. Rolul lor în tratamentul unor tulburări severe urmează să fie investigat. Cu referire la aceste evoluţii, nu trebuie să repetăm greşelile din trecut. Să ne gândim, de exemplu, că apariţia tiparului a stârnit proteste, considerându-se că va distruge tradiţia orală, iar oamenii vor deveni mai proşti, nemaifiind nevoie să înveţe diverse lucruri prin experienţă şi/sau prin relaţia mentor-ucenic. Apariţia computerului şi, asociat acestuia, a Internetului i-a făcut, de asemenea, pe mulţi să se teamă. Trebuie să înţelegem că există o nouă generaţie pentru care computerul şi Internetul sunt tot atât de familiare cum sunt cărţile pentru alţii. Pentru ei, ele nu sunt nocive! În fapt,

cea mai mare parte a informaţiilor şi a cunoaşterii la care a ajuns omenirea poate fi găsită online, fără a mai fi nevoie să mergi la bibliotecă pentru a citi. Acesta este adevărul! Cărţile şi Internetul sunt aşadar compatibile şi/sau complementare. În aceste condiţii, serviciile psihologice vor trebui administrate şi pe această cale (mai ales că există şi sistemul de camere video online). Există deja sisteme în care diagnosticul şi evaluarea clinică se fac online, relaţia terapeutică poate fi stabilită prin discuţii online, procedurile şi tehnicile pot fi prezentate online, iar monitorizarea evoluţiei pacientului este de asemenea posibilă online. Altfel spus, toate componentele fundamentale ale demersului psihoterapeutic pot fi implementate online. Este un domeniu în plină expansiune!

În paradigma cognitiv-comportamentală, terapiile autoadministrate şi online sunt privite diferit. Astfel, atitudinea nondefensivă permite profesioniştilor examinarea critică a studiilor referitoare la ele, demararea de noi cercetări, iar dacă rezultatele sunt foarte importante, asumarea de terapeuţii cognitiv-comportamentali a rolului de educatori şi creatori de terapii autoadministrate şi online. În fapt, primele asemenea programe au fost promovate pe scară largă de terapia cognitiv-comportamentală. Albert Ellis (1975, 1975a) a scris mare parte din lucrările sale în limbaj de interfaţă, accesibil publicului larg (de pildă, *How to live with a neurotic*; *A Guide to rational living* etc.). David Burns, aşa cum am mai spus, a promovat pe scară largă utilizarea terapiei cognitiv-comportamentale autoadministrate prin bestsellerul său *Feeling Good* (Burns, 1980). Albert Ellis Institute (SUA) este astăzi cel mai important furnizor de servicii de terapii autoadministrate şi/sau online validate ştiinţific, cu focalizare atât pe optimizare personală, cât şi pe tratament.

10.2.4. Rolul factorilor comuni în procesul de formare

Aşa cum am arătat în capitolul 3, indiferent de abordarea psihoterapeutică, prima fază a intervenţiei presupune *(psiho)diagnosticul şi evaluarea clinică.* Apoi, pe baza acestor informaţii, se trece la faza de *conceptualizare*, în care se oferă pacientului o explicaţie sau o interpretare pentru simptomele sale. Dacă simptomatologia prezentată de subiect este complexă, ea este descompusă în probleme specifice, care vor fi abordate, fiecare în parte, prin *intervenţie psihologică*. Toate aceste etape se realizează pe fondul unei *relaţii terapeutice* (de consiliere) adecvate, construită prin mijloace specifice în fiecare abordare psihoterapeutică. Figura 3.1 a arătat rolul acestor componente în eficienţa procesului psihoterapeutic: relaţia terapeutică – 30%; tehnicile de intervenţie – 15%; conceptualizarea clinică, prin speranţa de însănătoşire creată, are o contribuţie

de 15% a efectului placebo, iar psihodiagnosticul şi evaluarea clinică, prin identificarea factorilor personali, au o contribuţie de 40% datorată acestor factori. Este important ca programele de formare să promoveze toate aceste componente fundamentale pentru eficienţa/eficacitatea demersului terapeutic alături de aspectele specifice pe care aceşti factori comuni le iau în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale.

10.3. Noi dezvoltări şi tendinţe în formarea în terapia cognitiv-comportamentală

Aşadar, pornind de la aspectele semnalate mai sus, programele de educaţie şi formare iniţială şi continuă în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale au asimilat următoarele componente mai importante:

- Utilizarea unor module de formare care sunt mereu investigate sub aspectul eficienţei lor. Aceste programe trebuie studiate în ansamblu, folosind strategia evaluării globale a programului de formare, sau specific, folosind strategia descompunerii programului. Strategia descompunerii programului de formare aduce un plus de acurateţe în comparaţie cu strategia globală, deoarece permite urmărirea eficienţei unei componente specifice a acestuia. De exemplu, un grup de viitori psihoterapeuţi este pregătit conform programului clasic, iar unui alt grup i se aplică programul clasic fără o anumită componentă. Diferenţele rezultate în eficienţa lor clinică vor exprima ponderea componentei respective în programul de formare. Când doreşti să eviţi rigoarea ştiinţifică, cea mai bună strategie este să o numeşti stereotip şi rigiditate, iar pe cei care o promovează, tehnicişti şi tipicari. Aaron Beck şi terapia cognitivă au fost adeseori caracterizaţi astfel de profesionişti care îşi inventau propria formă de psihoterapie (sau care erau autodidacţi) şi care nu se deosebeau de „o vecină cu o experienţă bogată de viaţă”. Chiar şi atunci când aceşti profesionişti se înscriau la programe de formare în terapie cognitiv-comportamentală, atitudinea lor era extrem de defensivă. Ei aşteptau ca supervizorii să le confirme experienţa şi ceea ce făceau deja în practică; experienţa şi practica proaste nu pot fi însă confirmate; în plus, interferenţa proactivă îi împiedica pe aceşti specialişti să asimileze informaţiile noi din programul la care erau înscrişi. O analiză empirică a programelor de formare de la Albert Ellis Institute (unde autorul este supervizor-formator) a arătat că cei cărora li se refuza certificarea în terapia cognitiv-comportamentală din cauză că nu

au parcurs eficient programul de formare erau profesionişti care (1) practicau psihoterapia de mai mulţi ani, fără a avea o pregătire specifică într-o anumită formă de psihoterapie; (2) aveau trăsături de tip narcisist-histrionic, cu o stimă de sine exagerat de ridicată; şi (3) adeseori erau mai în vârstă. De asemenea, aceste persoane au probleme în a face terapie personală, considerând-o sub demnitatea lor!

Morala este că:

- programele de formare validate ştiinţific trebuie împinse în faţă, realitatea arătând că ele se popularizează pe scară largă. De exemplu, recent, în Marea Britanie, doar programele de terapie cognitiv-comportamentală au fost recunoscute şi, în consecinţă, plătite de casele de asigurări de sănătate ca terapie adjuvantă medicaţiei pentru tratamentul tulburărilor de tip psihotic. În plus, în SUA, rezidenţiatele în psihiatrie şi programele de psihologie clinică acreditate de American Psychological Association (APA) şi American Psychiatric Association (APsyA) includ obligatoriu în curriculumul de formare terapia cognitiv-comportamentală;
- formarea în psihoterapie merită începută mai ales cu oameni tineri sau cu profesionişti care au deja pregătire într-o altă formă de psihoterapie, ceea ce îi face mai puţin defensivi şi mai receptivi la rolul de cursant.

- Luarea în considerare a studiilor care demonstrează eficienţa paraprofesioniştilor şi a terapiilor autoadministrate şi online. Profesioniştii în terapie cognitiv-comportamentală sunt pregătiţi ca formatori şi supervizori pentru aceste grupuri şi forme de terapie. Rolul lor se îmbogăţeşte dacă, pe lângă formarea specialiştilor, în cadrul programelor de training dobândesc competenţe în formarea şi supervizarea paraprofesioniştilor şi în supervizarea aplicării terapiei autoadministrate şi online.
- Luarea în considerare a noilor conceptualizări din domeniu, în particular a celor aduse de psihologia pozitivă. Trebuie făcută însă o distincţie clară între aspectele validate ştiinţific ale psihologiei pozitive şi exagerările care ne îndepărtează de valori confirmate precum realismul, acceptarea necondiţionată, încrederea bazată pe o evaluare corectă etc. şi care ne apropie de ideea că sănătatea psihică depinde de valori precum autoînşelarea şi autoiluzionarea (pentru detalii, vezi Dawes, 1994). O pendulare permanentă între realism şi iluzii pozitive generează un optimism realist, care este calea spre sănătatea noastră psihică (Dawes, 1994; Seligman, 1998).
- Factorii comuni implicaţi în orice demers psihoterapeutic (vezi capitolul 3 şi figura 3.1) trebuie să ghideze elaborarea programelor de formare în domeniu. De exemplu, ţinând cont de ponderea mare a relaţiei terapeutice în ameliorarea tabloului clinic, probabil că trebuie alocat mai mult timp modului în care cursanţii sunt învăţaţi să o dezvolte şi utilizeze pe parcursul

terapiei.

Capitolul 11

Noi direcţii şi frontiere în terapia cognitiv-comportamentală

Terapia cognitiv-comportamentală este prototipul pentru un demers psihoterapeutic validat ştiinţific. În acest moment, ea este cea mai influentă formă de psihoterapie, cu cei mai mulţi practicanţi şi cu cea mai bună reprezentare la nivel academic şi în cercetare. Mizându-se pe structura ei ştiinţifică, terapia cognitiv-comportamentală este considerată o platformă de integrare psihoterapeutică pentru diversele psihoterapii (sute). De asemenea, terapia cognitiv-comportamentală influenţează şi este influenţată de diverse alte discipline, stimulând astfel paradigme multi-, inter-, şi transdisciplinare (vezi relaţia cu psihologia evoluţionistă, consilierea genetică, ştiinţele cognitive clinice etc., discutate anterior). Integrarea este prevăzută a se realiza la mai multe niveluri.

La nivel teoretic, se vor reţine acele teorii care sunt validate ştiinţific. Odată validate, ele vor pătrunde în fluxul principal de informaţie din lucrările clinice, susţinând ideea unui demers terapeutic coerent teoretic. Evident, ca în orice ştiinţă, pot exista teorii aflate în competiţie, dar nu aceasta este problema. Problema este ca ele să intre în competiţie prin cercetare ştiinţifică, nu prin confruntări între fondatori! Se vor impune teoriile care sunt mai bine validate ştiinţific, nu cele ale căror „guru" strigă mai tare şi/sau se află temporar în poziţie de putere. La ora actuală, teoriile cel mai bine validate sunt cele de origine cognitiv-comportamentală. Nu înseamnă însă că cercetarea s-a oprit aici. Ca orice ştiinţă respectabilă, terapia cognitiv-comportamentală presupune o cercetare continuă, care încearcă să elaboreze şi să testeze noi teorii ce organizează, descriu, prezic şi/sau explică fenomene clinice; există încă multe necunoscute privind mecanismele de sanogeneză şi patogeneză. Problema celorlalte forme de psihoterapie constă în dificultatea frecventă de a investiga constructele propuse de ele, deoarece acestea nu pot fi definite ştiinţific pentru a fi măsurate şi testate! Este şi motivul pentru care progresul este mai lent, multe teorii prezentate astăzi fiind neschimbate din secolele trecute, când un „guru" le-a avansat ca ipoteze, care, apoi, cu trecerea timpului, au devenit dogme ce se autoperpetuează.

La nivel practic, procedural, evident că terapia cognitiv-comportamentală s-a focalizat pe validarea procedurilor şi tehnicilor proprii. Noile dezvoltări constau în:

– reliefarea mai clară a relaţiei dintre aceste tehnici şi teoriile care le explică eficienţa;
– identificarea şi elaborarea unor tehnici cognitive şi comportamentale mai eficiente; deşi cunoaştem mecanismele implicate în sănătate şi boală, uneori nu avem tehnici suficient de puternice pentru a le modifica. O tendinţă puternică este implementarea procedurilor de

realitate virtuală şi roboterapie în terapia cognitiv-comportamentală. Altfel spus, modificarea cogniţiilor şi comportamentelor pacientului în scopul remiterii tabloului clinic se face în realitatea virtuală, după care urmează generalizarea la viaţa de zi cu zi. Utilizarea realităţii virtuale este mai ecologică în comparaţie cu procedurile bazate pe imaginaţie (*in vitro*), prin faptul că mediul poate fi controlat şi adaptat evoluţiei pacientului, şi este mai utilă strategiei terapeutice decât expunerea directă la mediul cotidian (*in vivo*), unde nu pot fi controlaţi toţi factorii care, apărând uneori în mod neprevăzut, pot afecta procesul terapeutic. În România, Şcoala de la Cluj-Napoca a implementat primele proceduri de realitate virtuală în cazul tulburărilor de anxietate şi a ADHD;

– asimilarea unor tehnici şi proceduri eficiente (sau posibil de investigat) din alte forme de psihoterapie (de exemplu, teste proiective, analiza visului etc.), interpretabile însă prin prisma teoriei cognitiv-comportamentale.

Tot la nivelul practicii apare focalizarea puternică pe optimizarea şi dezvoltarea personală, complementară focalizării doar pe patologie, prin utilizarea dezvoltărilor din psihologia pozitivă şi a terapiilor autoadministrate şi online. În plus, se asumă rolul de formatori şi supervizori pentru paraprofesionişti şi are loc o considerare serioasă a terapiilor autoadministrate şi a celor administrate online.

La nivel metodologic se vor reţine acele paradigme de cercetare care au valenţe euristice în generarea de noi teorii şi proceduri. În acest moment, studiul clinic controlat este standardul de aur în generarea şi testarea de teorii şi proceduri la nivel de eficienţă (aplicaţii clinice în condiţii controlate) şi eficacitate (aplicaţii clinice în practica cotidiană). Asociat acestuia, este acceptat şi experimentul cu un singur subiect, mai ales în studiile de eficacitate (vezi David, 2006a; David, 2006b). Studiul de caz are doar rolul de a construi noi teorii şi/sau de a exemplifica teorii deja construite şi testate. Se observă aşadar că studiul de caz nu este un vehicul metodologic riguros pentru a testa o teorie şi/sau o procedură. Din păcate, multe psihoterapii se justifică încă numai prin analize de caz, mai mult sau mai puţin celebre.

La nivelul programelor de formare are loc o dinamică aparte, încercându-se să se aproximeze cele mai bune modalităţi de training (*evidence-based psychotherapy training*). Se porneşte de la ideea că ceea ce contează nu este experienţa, ci expertiza. Expertiza se referă la cunoştinţele necesare unei bune practici şi cercetări în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale. Uneori, experienţa nu duce la expertiză, fiind doar o simplă trecere a timpului. Pornind de la rezultatele lui Lambert şi Barley (2002) şi Lambert şi Oglesc (2003), coroborate cu distincţia dintre expertiză şi experienţă, se vizează reducerea timpului necesar formării ca terapeut cognitiv-comportamental, accentul mutându-se astfel de pe formarea iniţială/de bază pe cea continuă. De exemplu, la Beck

Institute for Cognitive Therapy, pe baza unor analize empirice s-a stabilit că perioada minimă acceptată pentru formarea unui terapeut cognitiv-comportamental este de un an; de dorit este să stea în formare cel puţin doi ani, după care să intre în programe de formare continuă. Evident că această reducere se va face formal doar în condiţiile în care cercetări independente vor arăta că un program mai puţin intensiv generează terapeuţi la fel de bine pregătiţi ca aceia care au parcurs programul clasic, valabil încă, descris în introducerea acestui capitol.

Remarci finale

Sper că această lucrare a oferit un exemplu clar a ceea ce înseamnă abordare ştiinţifică în psihoterapie. Aşa cum am mai spus (inclusiv în ediţia I), ea nu este gândită împotriva a ceva, ci pentru ceva. Ea nu este gândită ca o polemică cu alte forme de terapie, ci ca invitaţie la promovarea unei abordări ştiinţifice în psihoterapie. Terapia cognitiv-comportamentală a fost prima care s-a înscris în acest demers. Aşadar, pe parcursul lucrării am descris ce este terapia cognitiv-comportamentală şi care sunt componentele sale. Altfel spus, am încercat să prezint ceea ce ştim şi ceea ce trebuie să promovăm după mai mult de un secol de cercetări în psihologie clinică, medicină şi psihoterapie, dacă dorim să facem intervenţii psihologice ştiinţifice.

În plus, volumul se constituie într-un manual şi/sau ghid clinic de terapie cognitiv-comportamentală care poate fi protocol de intervenţie prin asocierea lui cu situaţii specifice – de exemplu, tulburări specifice (cum ar fi cele de anxietate, depresive, sexuale etc.), prevenţie primară etc. –, utilizabil apoi în studii clinice (de pildă, studii clinice controlate etc.) şi în practica clinică ştiinţifică. Evident că pentru fiecare aplicaţie se poate scrie separat o lucrare, care să particularizeze acest volum. Sper ca lucrarea de faţă, în forma ei de manual şi/sau ghid clinic de terapie cognitiv-comportamentală, să servească profesioniştilor clinicieni, cercetătorilor, studenţilor – pentru activităţile clinice, de cercetare şi educaţionale – şi, nu în ultimul rând, caselor de asigurări de sănătate, pentru stabilirea şi implementarea serviciilor psihologice validate ştiinţific.

Spuneam într-o lucrare anterioară că dacă domeniul clinic (psihoterapeutic) nu va promova abordarea ştiinţifică şi va fi sufocat de practicile pseudoştiinţifice, el va sfârşi probabil „internat” în istorie. Sper ca, alături de alte lucrări ale mele (David, 2003, 2006a, 2006b), prezentul volum să constituie încă unul dintre biletele de externare!

Resurse clinice, de formare şi de cercetare în terapia cognitiv-comportamentală

I. Resurse clinice, de formare şi de cercetare în terapia cognitiv-comportamentală la nivel internaţional:

- American Psychological Association (www.apa.org);
- American Psychiatric Association (www.psych.org);
- Association for Behavioral and Cognitive Therapies (www.aabt.org);
- European Association of Behavioral and Cognitive Therapies (www.eabct.com);
- International Association of Cognitive Psychotherapy (www.cognitivetherapy association.org);
- National Association of Cognitive-Behavior Therapists (www.nacbt.org);
- Albert Ellis Institute (www.rebt.org);
- Beck Institute for Cognitive Therapy (www.beckinstitute.org).

II. Resurse clinice, de formare şi de cercetare în terapia cognitiv-comportamentală în România:

1. Formare profesională (iniţială/de bază şi continuă):
   - Asociaţia de Psihoterapii Cognitive şi Comportamentale din România. Preşedinte: dr. Daniel David (http://www.psychotherapy.ro) (vezi şi Colegiul Psihologilor din România şi Federaţia Română de Psihoterapie).

2. Cercetare (incluzând studii clinice controlate şi programe postdoctorale):
   - International Institute for the Advanced Study of Psychotherapy and Applied Mental Health. Preşedinte: dr. Daniel David (http://www.psychotherapy.ro).

3. Servicii de specialitate (diagnostic, consiliere, psihoterapie):
   - Centrul Român de Psihoterapie Raţional-Emotivă şi Cognitiv-Comportamentală, afiliat cu Albert Ellis Institute, SUA. Director: dr. Daniel David (http://www.psychotherapy.ro).
   - Clinica Universitară de Psihologie „Babeş-Bolyai – PsyTech" (http:www.clinicadepsihologie.ro) (pe site se găseşte un set de materiale care pot fi utilizate gratuit în practica clinică).

4. Instrumente de lucru (ale International Institute for the Advanced Study of Psychotherapy and Applied Mental Health):

4.1. *Teste şi scale clinice:*

Grupul de la Cluj-Napoca a adaptat, cu drepturi exclusive în România, următoarele instrumente de diagnostic şi evaluare clinică, utilizate în demersurile cognitiv-comportamentale:

– Interviul Clinic Structurat SCID I, pentru tulburările de pe Axa I a DSM-IV;
– Interviul Clinic Structurat SCID II, pentru tulburările de pe Axa II a DSM-IV (incluzând Chestionarul de Personalitate SCI II pentru tulburările de pe Axa II);
– Interviul Clinic Structurat KIDSCID, pentru tulburările sugarului, copilului şi adolescentului din DSM-IV;
– Scale de Evaluare Clinică – o baterie de teste psihologice clinice acoperind nivelurile subiectiv/emoţional, cognitiv, comportamental, psihofiziologic, de personalitate şi relaţional.

4.2. *Ghiduri clinice:* pentru tulburarea depresivă majoră la copil, adolescent, adult, ADHD, tulburări de anxietate.

4.3. *Materiale clinice:* casete audio, casete video/DVD, fişe clinice etc.

5. Publicaţii de specialitate (le menţionăm pe acelea care, deşi cunoscute la nivel internaţional, sunt mai puţin cunoscute în ţară):

5.1. *Reviste:*

– *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* (http://psychotherapy.ro). Editor: dr. Daniel David. Indexată: CNCSIS (categoria B), EBSCO, IBSS, PsycInfo, ProQuest.

5.2. *Cărţi şi capitole:*

– David, D. *et al.* (1998; 2000), *Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală*, Risoprint, Cluj-Napoca.
– David, D. (2006), *Psihologie clinică şi psihoterapie: Fundamente*, Polirom, Iaşi.
– David, D. (ed.) (2006), *A Critical Review of Current Trends in Psychotherapy and Clinical Psychology*, Nova Science Press, New York.
– David, D., Lynn, S., Ellis, A. (2010), *Rational and Irrational Beliefs in Human Functioning and Disturbances: Implication for Research, Theory, and Practice*, Oxford University Press, Londra.
– David, D. (2003), „Rational Emotive Behavior Therapy (REBT); The view of a cognitive psychologist", în W. Dryden (ed.), *Theoretical Developments in REBT*, Brunner-Routledge, Londra.
– David, D. (2003), „Cognitive-behavioral interventions in modern psychosomatic medicine. A critical appraisal of the theory and practice", în D.L. Dumitraşcu (ed.), *Psychosomatic*

Medicine. Recent Progress and Current Trends , Editura Medicală Universitară „Iuliu Haţieganu”, Cluj-Napoca.

5.3. *Articole:*

– David, D., Pojoga, C., Stănculete, M. (1998), „Hypnotic hypermnesia and environment context effect on remembering”, *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5, 32-38.
– David, D., Brown, R., Pojoga, C., David, A. (2000), „The impact of posthypnotic amnesia and intentional forgetting on implicit and explicit memory”, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 267-289.
– David, D., King, B., Borchardt, J. (2001), „Is cognitive inhibition correlated with hypnotizability?”, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49, 30-37.
– David, D., Brown, R. (2002), „Suggestibility and negative priming: Two replications studies”, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50, 215-280.
– Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H., Bovbjerg, D.H. (2002), „The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis”, *Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645.
– David, D., Miclea, M. (2002), „The case of behavior therapy in Romania”, *Behavior Therapist*, 21, 181-186.
– David, D., Schnur, J., Belloiu, A. (2002), „Another search for the «hot» cognition: Appraisal irrational beliefs, attribution, and their relation to emotion”, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 93-131.
– Montgomery, G.H., David, D., Goldfarb, A.B., Silverstein, J.H., Weltz, C.R., Birk, J.S., Bovbjerg, D.H. (2003), „Sources of anticipatory distress among breast surgery patients”, *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 153-163.
– Montgomery, G., David, D., *et al*. (2003), „Is hoping the same as expecting? Discrimination between hopes and response expectancies for nonvolitional outcomes”, *Personality and Individual Differences*, 35, 399-409.
– David, D., Montgomery, G., Holdevici, I. (2003), „Romanian norms for the Harvard group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A”, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 66-77.
– David, D. (2004), „Special issue on the cognitive revolution in clinical psychology: Beyond the behavioral approach – Introductory remarks”, *Journal of Clinical Psychology*, 4, 351-353.
– David, D. (2004), „Special issue on the cognitive revolution in clinical psychology: Beyond the behavioral approach – Conclusions: Toward and evidence-based psychology and psychotherapy”, *Journal of Clinical Psychology*, 4, 447-451.

– David, D., Miclea, M., Opre, A. (2004), „The information-processing approach to the human mind: Basic and beyond", *Journal of Clinical Psychology*, 4, 353-369.
– David, D., Montgomery, G., *et al*. (2004), „Discrimination between hopes and expectancies for nonvolitional outcomes. Psychological phenomenon or artefact?", *Personality and Individual Differences*, 36, 1945-1952.
– David, D., Schnur, J., Birk, J. (2004), „Functional and dysfunctional emotions in Ellis' cognitive theory; An empirical analysis", *Cognition and Emotion*, 18, 869-880.
– David, D., Macavei, B., Szentagotai, A., McMahon, J. (2005), „Cognitive Restructuring and Mental Contamination: an Empirical Re-Conceptualization", *Journal of Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 1, 21-55.
– David, D., Montgomery, M., Macavei, B., Bovbjerg, D. (2005), „An empirical investigation of Albert Ellis' binary model of distress", *Journal of Clinical Psychology*, 61, 499-516.
– David, D., Szentagotai, A., Kallay, E., Macavei, B. (2005), „A Synopsis of Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT); Fundamental and Applied Research", *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 3, 175-221.
– David, D., Szentagotai, A. (2006), „Cognition in Cognitive Behavior Psychotherapies", *Clinical Psychology Review*, 26, 284-298.

5.4. *Analize:*

– David, D. (2001), „The history of hypnosis and hypnotherapy in Romania", *Psychological Hypnosis*, American Psychological Association, USA.
– David, D. (2001), „Cognitive-behavior therapy in Romania", *Newsletter of International Association of Cognitive Psychotherapy*.
– David, D. (2003), „Philosophical assumptions of rational emotive behavior therapy", *REBT Newsletter*, Albert Ellis Institute, toamna.
– David, D. (2003), „Cognitive-behavioral therapy in search of itself", *European Cognitive and Behavioral Therapist*, European Association of Behavioral and Cognitive Therapies, octombrie.
– David, D. (2003), „Cognitive Therapy in search of itself", *Advancement in Cognitive Therapy*, Academy of Cognitive Therapy, USA, octombrie.

5.5. *Traduceri:*

– David, D., Opre, A. (2003), *Ghid de terapie raţional-emotivă*, Editura ASCR, Cluj-Napoca (autori: Windy Dryden şi Raymond DiGiuseppe).
– David, D., Opre, A. (2003), *Poveşti raţionale pentru copii*, Editura ASCR, Cluj-Napoca (autor: Virginia Waters).

– Opre, A., David, D. (2006), *Dezvoltarea inteligenţei emoţionale prin educaţie raţional-emotivă şi comportamentală*, Editura ASCR, Cluj-Napoca (autor: Ann Vernon).

Pentru informaţii detaliate referitoare la programe de formare iniţială/de bază şi/sau continuă, materiale clinice (de exemplu, ghiduri de intervenţie), scale şi interviuri clinice (de pildă, SCID I, SCID II, KIDSCID), asistenţă şi/sau colaborare pentru cercetare, servicii de specialitate (diagnostic şi intervenţie), vizitaţi site-ul http://www.psychotherapy.ro şi adresaţi-vă persoanelor de contact menţionate acolo.

Glosar

Notă: Ordinea termenilor din Glosar reflectă o organizare şi o interrelaţionare logice ale constructelor în domeniu.

Definiţiile prezentate în continuare sunt definiţii de lucru ale unor constructe (unele corelative) şi tehnici fundamentale pentru terapia cognitiv-comportamentală. De asemenea, autorii menţionaţi sunt cei care au avut contribuţii paradigmatice la apariţia şi evoluţia terapiei cognitiv-comportamentale. Detaliile şi nuanţele se regăsesc în textul lucrării.

I. Constructe de bază ale terapiei cognitiv-comportamentale

Cogniţie – formă de prelucrare informaţională (semantică, imagistică); poate fi conştientă sau inconştientă; se mai utilizează şi termenii *convingeri/credinţe/gânduri*, dar este preferat, fără a fi exclusiv, cel de *cogniţie* deoarece reflectă mai bine caracteristica prelucrării informaţionale de a fi conştientă sau inconştientă.

Prelucrare informaţională – cu referire la conţinutul informaţional şi la procesul informaţional pe care îl determină.

Conţinut informaţional – cu referire la rezultatul (de pildă, gând, imagine) procesului informaţional; are caracter specific prin faptul că se referă la ceva anume; poate avea caracter local (este asociat cu o situaţie-ţintă) sau general (are caracter transsituaţional).

Proces informaţional – cu referire la mecanismul de generare a conţinutului informaţional; are caracter nespecific, putând fi modelat prin regula „dacă – atunci” şi putând cuprinde orice conţinut informaţional. În funcţie de conţinutul pe care îl determină, poate avea caracter local sau general.

Structură cognitivă – ansamblul conţinutului informaţional şi al procesului informaţional care îl determină. În funcţie de acestea, poate avea caracter local sau general şi implică componente specifice (conţinutul informaţional) şi nespecifice (procesul informaţional).

Cogniţii iraţionale – cu referire la cogniţii evaluative (*hot cognitions* – cogniţii calde): nu au susţinere empirică, logică şi/sau pragmatică; se mai utilizează şi termenii *disfuncţionale/dezadaptative/nesănătoase*, dar, cu referire la cogniţii evaluative, se preferă termenul *iraţionale*. Sunt implicate în apariţia şi apoi evaluarea cogniţiilor reci (*cold cognitions*) (vezi *infra*).

Cogniţii raţionale – cu referire la cogniţii evaluative (*hot cognitions* – cogniţii calde): au susţinere emprică, logică şi/sau pragmatică; se mai utilizează şi termenii *funcţionale/adaptative/sănătoase*, dar, cu referire la cogniţii evaluative, se preferă termenul

raţionale. Sunt implicate în apariţia şi apoi evaluarea cogniţiilor reci (*cold cognition*) (vezi *infra*).

Cogniţii disfuncţionale – cu referire la cogniţii descriptive şi inferenţiale (*cold cognitions* – cogniţii reci): nu au susţinere empirică, logică şi/sau pragmatică; se mai utilizează şi termenii *iraţionale/dezadaptative/nesănătoase*, dar, cu referire la cogniţii descriptive şi inferenţiale, se preferă termenul *disfuncţionale*.

Cogniţii funcţionale – cu referire la cogniţii descriptive şi inferenţiale (*cold cognitions* – cogniţii reci): au susţinere empirică, logică şi/sau pragmatică; se mai utilizează şi termenii *raţionale/adaptative/sănătoase*, dar, cu referire la cogniţii descriptive şi inferenţiale, se preferă termenul *funcţionale*.

Cogniţii negative – cogniţii cu valenţă negativă; pot fi funcţionale sau raţionale, respectiv disfuncţionale sau iraţionale.

Cogniţii pozitive – cogniţii cu valenţă pozitivă; pot fi funcţionale sau raţionale, respectiv disfuncţionale sau iraţionale. Ele sunt promovate de psihologia şi terapia pozitive; a se observa însă că, uneori, pot fi disfuncţionale sau iraţionale (de exemplu, iluzii pozitive exagerate, optimism nerealist, sănătate mentală iluzorie), generând probleme psihocomportamentale şi emoţionale.

Scheme cognitive – modalitate de reprezentare a cogniţiilor în sistemul cognitiv.

Gânduri automate – cu referire la cogniţii (funcţionale şi/sau disfuncţionale, respectiv raţionale şi/sau iraţionale) care apar automat în situaţii specifice şi generează răspunsuri afectiv-emoţionale/subiective, comportamentale şi psihofiziologice în situaţii specifice. Sunt structuri cognitive locale şi, dacă sunt disfuncţionale/iraţionale, pot avea funcţie de vulnerabilitate locală.

Cogniţii intermediare şi centrale – cu referire la cogniţii funcţionale şi/sau disfuncţionale cu caracter general care amorsează gânduri automate în situaţii specifice. Cogniţiile centrale disfuncţionale – (1) autoevaluare negativă sub aspectul performanţei: autodepreciere/neajutorare (de exemplu, „Sunt prost”) şi (2) autoevaluare negativă sub aspectul acceptării de ceilalţi: autoexcludere/neacceptare (de pildă, „Nu mă iubeşte nimeni”) – generează cogniţiile intermediare disfuncţionale, care sunt de trei tipuri: (a) atitudini; (b) asumpţii (pozitive – cu rol compensator – şi negative); (c) reguli (cu rol compensator). Ele sunt structuri cognitive generale, iar dacă sunt disfuncţionale, pot avea funcţie de vulnerabilitate generală.

Cogniţii evaluative centrale şi intermediare – pot fi locale sau generale: trebuie/preferinţa este o cogniţie evaluativă centrală din care derivă cogniţiile evaluative intermediare: catastrofarea/noncatastrofarea; toleranţa scăzută/crescută la frustrare; evaluarea

globală/contextuală.

Vulnerabilitate locală – cu referire la gândurile automate; este şi parte a tabloului clinic.

Vulnerabilitate generală – cu referire la structurile cognitive generale (cogniţii centrale, intermediare şi evaluative generale).

Comportament – orice reacţie/răspuns observabilă şi măsurabilă a organismului ca întreg.

Comportament exteriorizat – orice reacţie/răspuns a organismului ca întreg, observabilă şi măsurabilă direct sau cu aparatură specifică, independent de cel care o produce.

Comportament interiorizat – orice reacţie/răspuns a organismului ca întreg, observabilă şi măsurabilă indirect, dependent de cel care o produce.

Comportament operant – un comportament exteriorizat care, în principiu, poate fi experienţiat ca voluntar şi care, adeseori, implică musculatura striată şi operează asupra mediului; dacă este asociat cu un stimul discriminativ/discriminant, se numeşte *comportament operant*.

Comportament respondent – un comportament exteriorizat, înnăscut, experienţiat ca involuntar/automat; dacă este determinat de un stimul necondiţionat, se numeşte şi *răspuns necondiţionat*; dacă este generat de un stimul condiţionat, se numeşte şi *răspuns condiţionat*.

Comportamente adaptative – comportamente asociate cu cogniţii funcţionale şi raţionale; se mai utilizează şi termenii *raţionale/funcţionale/sănătoase/adecvate*, dar, cu referire la comportament, se preferă termenul *adaptative*.

Comportamente dezadaptative – comportamente asociate cu cogniţii disfuncţionale şi iraţionale; se mai utilizează şi termenii *iraţionale/disfuncţionale/nesănătoase/neadecvate*, dar, cu referire la comportament, se preferă termenul *dezadaptative*.

Consecinţă comportamentală – orice consecinţă a comportamentului care influenţează apoi ocurenţa acestuia. Ca urmare a evoluţiei speciei, două tipuri de consecinţe (primare) ale comportamentului sunt fundamentale în influenţarea acestuia: (1) întărirea (*reinforcer* sau *positive reinforcer*) – de pildă, hrană, sex – şi (2) pedeapsa (*punisher* sau *negative reinforcer*) – de exemplu, frig, arsură, lipsa hranei. Stimulii care sunt asociaţi cu întăririle primare devin întăriri secundare (de pildă, obiecte, expresii verbale etc.).

Întărire – orice consecinţă a unui comportament care creşte ocurenţa acestuia.

Proces de întărire pozitivă (*positive reinforcement*) – procesul prin care o întărire (*positive reinforcer*) creşte ocurenţa (de exemplu, frecvenţa, durata, intensitatea etc.) comportamentului care o produce.

Proces de întărire negativă (*negative reinforcement*) – procesul prin care o pedeapsă (*punisher/negative reinforcer*) creşte ocurenţa comportamentului care o elimină; dacă prin comportament se previne apariţia unei pedepse, atunci procesul se numeşte *proces de evitare*

(*avoidance*).

Procesul de pedepsire (*punishment*) – procesul prin care o pedeapsă (*punisher/negative reinforcer*) reduce ocurenţa comportamentului care o produce.

Chaining – procesul de relaţionare comportamentală, de combinare a unor comportamente existente în repertoriul organismului într-un act mai complex prin tehnici comportamentale (prompting, ghidare, întărire).

Shaping – procesul de aproximare succesivă a unui comportament nou în repertoriul organismului prin tehnici comportamentale (prompting, ghidare, întărire).

Stimul – orice influenţează, conştient sau inconştient, activitatea unui analizator; două categorii sunt fundamentale: din afara organismului, care acţionează asupra exteroceptorilor; din interiorul organismului, care acţionează asupra interoceptorilor şi proprioceptorilor.

Stimul necondiţionat – un stimul care determină un răspuns necondiţionat al organismului uman.

Stimul condiţionat – un stimul care determină un răspuns condiţionat al organismului uman.

Stimul discriminativ – stimul în prezenţa căruia apare un comportament operant.

Condiţionare clasică – procesul prin care un stimul condiţionat, prin asociere cu un stimul necondiţionat, generează un răspuns condiţionat, similar răspunsului necondiţionat.

Condiţionare operantă – procesul prin care un organism produce un comportament operant ca urmare a contingenţelor sale (stimuli: antecedente şi consecinţe).

Emoţii funcţionale – emoţii asociate cu cogniţii funcţionale/raţionale; se mai folosesc termenii *raţionale/adaptative/funcţionale/sănătoase/adecvate*, dar, cu referire la emoţii şi stări afective, se preferă termenul *funcţionale*.

Emoţii disfuncţionale – emoţii asociate cu cogniţii disfuncţionale/iraţionale; se mai folosesc termenii *iraţionale/dezadaptative/disfuncţionale/nesănătoase/neadecvate*, dar, cu referire la emoţii şi stări afective, se preferă termenul *disfuncţionale*.

Mecanisme de coping – cu referire la (a) mecanisme de apărare/defensive (angajate automat şi inconştient) şi la (b) cele de adaptare (angajate voluntar şi conştient) prin care modulăm trăirea afectivă; ele pot fi adaptative (de exemplu, reduc distresul) sau dezadaptative (de pildă, cresc distresul); alţi termeni utilizaţi sunt *raţionale/funcţionale/sănătoase/utile*, respectiv *iraţionale/disfuncţionale/nesănătoase/inutile*; cu referire la mecanismele de coping se preferă însă termenii *adaptative*, respectiv *dezadaptative*.

II. Tehnici şi proceduri clasice cognitiv-comportamentale

Proceduri de restructurare cognitivă – modificarea cogniţiilor prin înlocuirea celor disfuncţionale şi iraţionale cu cele funcţionale şi raţionale (de exemplu, prin tehnici empirice, logice,

pragmatice, filosofice, metaforice, spirituale, umoristice, ironice etc.).

Proceduri de antrenament asertiv şi de abilităţi sociale – modificarea problemei practice prin modificarea comportamentului de interacţiune socială (de pildă, prin tehnici de comunicare şi negociere, tehnici de autocontrol emoţional şi comportamental etc.).

Proceduri de rezolvare de probleme – modificarea problemei practice prin influenţarea situaţiilor din mediu (de pildă, prin tehnici de luare a deciziilor, prin experimente comportamentale etc.).

Proceduri de inoculare a stresului – învăţarea de mecanisme de coping adaptative care înlocuiesc mecanismele de coping dezadaptative (de exemplu, prin tehnica de autodialog etc.).

Proceduri de relaxare – echilibrarea balanţei vegetative (reducerea stării de activare fiziologică, adeseori cu dominanţa parasimpatică, prin răspunsul de relaxare) prin tehnici psihologice (de pildă, tehnica antrenamentului autogen, tehnica de relaxare progresivă Jacobson, tehnica de biofeedback, tehnici de control al respiraţiei etc.).

Proceduri de activare fiziologică – influenţarea balanţei vegetative prin controlul respiraţiei (de exemplu, tehnica expunerii interoceptive, tehnica aplicării tensiunii/*applied tension* etc.).

Tehnica de desensibilizare – remiterea unui răspuns condiţionat patologic (de pildă, frică) prin mecanismul inhibiţiei condiţionate (de exemplu, inhibiţie reciprocă).

Tehnica de expunere (*flooding*) – remiterea unui răspuns condiţionat patologic (de exemplu, frică) prin mecanismul inhibiţiei condiţionate (de stingere).

Tehnica de modelare – asimilarea unui pattern comportamental prin „copierea” unui model care îl execută.

Proceduri de accelerare comportamentală – tehnici de achiziţie a unui comportament operant pe baza manipulării antecedentelor şi consecinţelor sale.

Proceduri de decelerare comportamentală – tehnici de eliminare a unui comportament operant pe baza manipulării antecedentelor şi consecinţelor sale.

Hipnoză – proceduri utilizate pentru modificări complexe, afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice cu ajutorul sugestiei.

Mindfulness – procedură meditativă utilizată pentru modificări complexe, afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice.

III. Autori care au stabilit/stabilesc cadrul paradigmatic şi evoluţia terapiei cognitiv-comportamentale

Aaron Beck (psihiatru) – fondatorul *terapiei cognitive*, strategia (formă) de psihoterapie cel mai bine investigată ştiinţific şi cel mai bine reprezentată la nivel academic.

David Burns (psihiatru) – autorul care a iniţiat utilizarea terapiei cognitiv-comportamentale în

forma *terapiei cognitiv-comportamentale autoadministrate*; lucrarea sa de terapie autoadministrată, *Feeling Good*, a fost un bestseller în SUA.

Albert Ellis (psiholog) – „bunicul" psihoterapiilor cognitive şi comportamentale; „părintele" fondator al *terapiei raţional-emotive şi comportamentale*, terapia cognitiv-comportamentală cea mai răspândită în practică; a fost declarat cel mai influent psihoterapeut în viaţă (depăşindu-l în influenţă pe Sigmund Freud) şi probabil cel mai influent personaj în istoria psihoterapiei într-o anchetă a American Psychological Association (1982, *Psychology Today*).

Notă (Info personale): La vârsta de 95 de ani era încă activ, fiind o personalitate care a depăşit cadrul comunităţii profesionale (de pildă, pe OffBroadway s-a jucat o piesă, *Trumbo*, cu referire la el, iar la sărbătorirea vârstei de 90 de ani a primit felicitări de la Bill Clinton şi George Bush, participând ca invitaţi vedete internaţionale precum Nicole Kidman; unii l-au comparat cu Siddhartha Gautama – Buddha – pentru impactul şi ideile sistemului propus de el – London, Wilson şi Moujes, 2004, în *REBT letter*). A introdus în psihoterapie strategiile directive şi umorist-ironice, precum şi utilizarea unui limbaj colorat, toate extrem de eficiente dacă sunt utilizate corect, cu pacienţii adecvaţi. S-a stins din viaţă în 2007.

Michael Mahoney (psiholog) – autorul care a publicat primele lucrări integrative de terapie cognitiv-comportamentală, reunind principiile comportamentale cu cele cognitive; a introdus şi promovat o *terapie cognitiv-comportamentală constructivistă*; a fost primul editor al *Cognitive Therapy and Research*, revistă care a constituit vârful de lance în promovarea integrării terapiilor cognitive cu cele comportamentale.

Donald Meichenbaum (psiholog) – fondator al *modificărilor cognitiv-comportamentale* (de exemplu, *procedura de inoculare a stresului*). A susţinut astfel integrarea abordării cognitive cu cea comportamentală şi naşterea terapiei cognitiv-comportamentale. A fost inclus între primii zece terapeuţi din toate timpurile într-o anchetă a American Psychological Association (1982, *Psychology Today*).

Frederich Bruhus Skinner (psiholog) – fondator al *behaviorismului radical*; a fost declarat cel mai influent psiholog al secolului XX într-o anchetă a American Psychological Association (Haggbloom *et al.*, 2002).

John Broadus Watson (psiholog) – fondatorul *behaviorismului metodologic*. Articolul său, clasic în istoria psihologiei, „Psychotherapy as the behavioris views it" (1913) a devenit manifestul mişcării behavioriste. A fost preşedintele American Psychological Association.

Hans Eysenck (psiholog), *Arnold Lazarus* (psiholog), *Joseph Wolpe* (psihiatru) – primii care au aplicat sistematic principiile behavioriste la domeniul clinic şi care au formulat şi impus conceptul de *terapie comportamentală*/*behavior therapy*.

David Clark, *Arthur Freeman*, *Raymond DiGiuseppe*, *Windy Dryden*, *Steve Hayes*, *Robert Leahy*,

Marsha Linehan, Paul Salkovskis, Zindel Segal, Martin Seligman, Adrian Wells, Richard Wessler, Jeffrey Young (psihologi) – autorii care marchează *noile tendinţe* la nivelul terapiei cognitiv-comportamentale.

IV. Abordări actuale – teorii/modele – influente de terapie cognitiv-comportamentală (aproximând apariţia lor istorică şi fondatorii principali; vezi şi Dobson, 2001)

- Terapia[1] raţional-emotivă şi comportamentală/*Rational Emotive Behavior Therapy* (Albert Ellis);
- Terapia cognitivă/*Cognitive Therapy* (Aaron Beck);
- Modificări cognitiv-comportamentale (proceduri de inoculare a stresului)/*Cognitive-Behavioral Modifications* (*Stress-Innoculation Training*) (Donald Meichenbaum);
- Terapia comportamentală raţională/*Rational Behavior Therapy* (Maxie Maultsby);
- Terapia prin restructurare raţională sistematică/*Systematic Rational Restructuring* (Marvin Goldfried);
- Terapia prin evaluare/*Appraisal Therapy* (Richard Wessler);
- Terapia multimodală/*Multimodal Therapy* (Arnold Lazarus);
- Terapia focalizată pe rezolvarea de probleme/*Problem Solving Therapy* (Thomas Zurilla şi Arthur Nezu);
- Terapia comportamentală dialectică/*Dialectic Behavior Therapy* (Marsha Linehan);
- Terapia cognitiv-comportamentală constructivistă/*Constructivist Cognitive-Behavior Therapy* (Vittorio Guidano, Giovanni Liotti, Michael Mahoney, Robert Neimeyer);
- Terapia focalizată pe schemă/*Schema-Focused Therapy* (Jeffrey Young);
- Terapia prin acceptare şi angajament/*Acceptance and Commitment Therapy* (Steven Hayes);
- Terapia metacognitivă/*Metacognitive Therapy* (Adrian Wells);
- Terapia cognitiv-afectivă şi comportamentală/*Cognitive-Affective Behavior Therapy* (Marvin Golfried);
- Terapia cognitivă de tip *mindfulness*/*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Zindel Segal, John Teasdale, Mark Williams);
- Terapia alegerii realiste/*Reality Choice Therapy* (William Glasser).

1. Utilizarea termenului *terapie* nu înseamnă că este vorba despre forme diferite de terapie, ci este un reflex al limbajului de specialitate, care îl preferă termenilor *teorie/model/procedură/strategie*. Într-o formă primitivă, acestea ar putea fi numite „şcoli” în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale. Dar, aşa cum spuneam în lucrare, neconstituindu-se în „şcoli închise”, ele au fost asimilate ca teorii şi modele cu particularităţi proprii în cadrul abordării cognitiv-comportamentale.

Bibliografie

Anderson, J.R. (1990), *Cognitive Psychology and Its Implications*, W.H. Freeman and Company, New York.

Anderson, J.R. (2000), *Cognitive Psychology and Its Implications*, ediţia a V-a, Worth Publishing, New York.

Antonuccio, D.O., Danton, W.G., DeNelsky, G. (1995), „Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data", *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 574-585.

APsyA (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediţia a V-a, American Psychiatric Association, Washington.

Asimov, I. (1996), *Roboţii de pe Aurora*, Teora, Bucureşti.

Ayllon, T. (1963), „Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement", *Behaviour Research and Therapy*, 1, 53-61.

Ayllon, T., Azrin, N.H. (1968), *The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation*, Appleton-Century-Crofts, New York.

Bandura, A. (1974), „The process and practice of participant modeling treatment", în J.H. Cullen (ed.), *Experimental Behaviour: A Basis for the Study of Mental Disturbance*, Irish University Press, Dublin.

Bandura, A. (1977), *Social Learning Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Baum, A., Gatchel, R.J., Krantz, D.S. (1997), *An Introduction to Health Psychology*, ediţia a III-a, McGraw-Hill, New York.

Baum, W.M. (1994), *Understanding Behaviorism: Science, Behavior, and Culture*, Harper Collins, New York.

Behterev, V.M. (1933), *General Principles of Human Reflexology: An Introduction to the Objective Study of Personality*, Jarrolds Publishers, Londra.

Beck, A.T. (1976), *Cognitive Therapy for Emotional Disorders*, International Universities Press, New York.

Beck, A.T. (2005), „The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective", *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York.

Beck, J.S. (1995), *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, Guilford Press, New York.

Benson, H. (1996), *Timeless Healing*, Simon & Schuster, New York.

Benson, H., Procter, W. (1984), *Beyond the Relaxation Response*, Times Books, New York.

Bergin, A.E., Garfield, S.L. (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, John Wiley, New York.

Birk, L. (1973), *Biofeedback: Behavioral Medicine*, Grune & Stratton, New York.

Boloşiu, H.D. (1990), *Semiologie medicală*, Medex, Cluj-Napoca.

Bonnano, G.A. (2004), „Loss, trauma and human resilience: How we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?", *American Psychologist*, 59, 20-28.

Brehm, J.W. (1966), *A Theory of Psychological Reactance*, Academic Press, New York.

Bruner, J.S., Krech, D. (ed.) (1950), *Perception and Personality: A Symposium* (1949, Denver), Duke University Press, Durham, NC.

Burns, D. (1980), *Feeling Good: The New Mood Therapy*, Harper Collins Publishers, New York.

Butler, A.C., Beck, J.S. (2000), „Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses", *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, 1-9.

Cannon, W.B. (1929), *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Research into the Function of Emotional Excitement*, ediţia a II-a, Appleton-Century-Crofts, New York.

Carnap, R. (1937), „Testability and meaning", *Philosophy of Science*, 5, 1-40.

Catania, A.C., Brigham, T.A. (1978), *Handbook of Applied Behavior Analysis. Social and Instructional Processes*, Irvington Publishers, New York.

Christensen, A., Moran, P., Wiebe, J. (1999), „Assessment of Irrational Health Beliefs: Relation to Health Practices and Medical Regimen Adherence", *Health Psychology*, 18, 169-176.

Clark, D.M. (1995), „Anxiety states: panic and generalized anxiety", în K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk şi D. Clark (ed.),

Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide, Oxford University Press, Oxford.

Conta, V. (1929), *Introducere în metazifică*, ediţia a II-a completată, Editura Casei Şcoalelor, Bucureşti.

Cramer, P. (1998), „Coping and defense mechanisms: What's the difference?", *Journal of Personality*, 66, 919-946.

D'Zurilla, T., Nezu, A.M., Maguth Nezu, C. (2006), *Problem-Solving Therapy: A Positive Approach to Clinical Intervention*, ediţia a III-a, Springer Publishing, New York.

Davenloo, H. (1980), *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, Jason Aronson, Northvale, NJ.

David, D. (1996), „Memoria implicită. Clarificări teoretico-metodologice şi implicaţii practice", *Studia Universitatis*, 1-2, 155-185.

David, D. (2000), *Prelucrări inconştiente de informaţie. Contaminarea psihologică în mass-media, practica clinică şi juridică*, Dacia, Cluj-Napoca.

David, D. (2002), „An interview with Donald Meichenbaum", *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapy*, 1, 71-86.

David, D. (2003), *Castele de nisip. Ştiinţă şi pseudoştiinţă în psihopatologie*, Tritonic, Bucureşti – Cluj-Napoca.

David, D. (2003a), „Rational Emotive Behavior Therapy (REBT): The view of a cognitive psychologist", în W. Dryden (ed.), *Theoretical Developments in REBT*, Brunner/Routledge, Londra.

David, D. (2003b), „Cognitive-behavioral therapy in search of itself", *European Cognitive and Behavioral Therapist*, European Association of Behavioral and Cognitive Therapies, octombrie.

David, D. (2006a), *Psihologie clinică şi psihoterapie. Fundamente*, Polirom, Iaşi (ediţia a II-a în curs de apariţie la Editura Polirom).

David, D. (2006b), *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*, Polirom, Iaşi.

David, D. (ed.) (2006c), *A Critical Review of Current Trends in Psychotherapy and Clinical Psychology*, Nova Science Press, New York.

David, D., Benga, O., Rusu, A. (2007), *Fundamente de psihologie evoluţionistă şi consiliere genetică*, Polirom, Iaşi.

David, D., Holdevici, I., Szamoskozi, Ş., Băban, A. (1998), *Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală. Intervenţie cognitiv-comportamentală în tulburări psihice, psihosomatice şi optimizare umană*, Risoprint, Cluj-Napoca (ediţia a II-a în 2000).

David, D., Macavei, B., Szentagotai, A., McMahon, J. (2005a), „Cognitive Restructuring and Mental Contamination: an Empirical Re-Conceptualization", *Journal of Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 1, 21-55.

David, D., Miclea, A. (2002), „The case of behavior therapy in Romania", *Behavior Therapist*, 21, 181-186.

David, D., Montgomery, M., Macavei, B., Bovbjerg, D. (2005b), „An empirical investigation of Albert Ellis' binary model of distress", *Journal of Clinical Psychology*, 61, 499-516.

David, D., Montgomery, G.H. (2011), „The scientific status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychosocial interventions", în *Clinical Psychology: Science and Practice*, nr. 18, pp. 89-99.

David, D., Schnur, J., Belloiu, A. (2002), „Another search for the «hot» cognitions: Appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotion", *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 2, 93-131.

David, D., Szentagotai, A. (2006), „Cognition in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model", *Clinical Psychology Review*, 26, 284-298.

David, D., Szentagotai, A., Kallay, E., Macavei, B. (2005c), „A synopsis of rational emotive behavior therapy: Fundamental and applied research", *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 175-221.

Dawes, R.M. (1994), *House of Cards. Psychology and Psychotherapy Built on Myth*, The Free Press, New York.

Deckersbach, T., Gershuny, B.S., Otto, M.W. (2000), „Cognitive-behavioral therapy for depression. Applications and outcome", *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 795-809.

DeRubeis, R.J., Tang, T.Z., Beck, A.T. (2001), „Cognitive therapy", în K.S. Dobson (ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, 349-392, Guilford Press, New York.

Djulbegovic, B., Loughran, T.P. Jr., Hornung, C.A., Kloecker, G., Efthimidiadis, E.N., Hardley, T.J., Englert, J., Hoskins, M., Goldsmith, G.H. (1999), „The quality of medical evidence in hematology-oncology", *American Journal of Medicine*, 2, 198-205.

Dobson, K.S. (2001), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, Guilford Press, New York.

Dollard, J., Miller, N. (1950), *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*,

McGraw-Hill, New York.
Down, T.E., Courchaine, E.K. (1996), „Implicit learning, tacit knowledge and implication for stasis and change in cognitive psychoterapy", *Journal of Cognitive Psychoterapy*, 10, 163-180.
Dryden, W (ed.) (2003), *Rational Emotive Behavior Therapy: Theoretical Developments*, Brunner-Routledge, New York.
Ellis, A. (1958), „Rational Psychotherapy", *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
Ellis, A. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart, New York.
Ellis, A. (1975), *A Guide to Rational Living*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
Ellis, A. (1975a), *How to Live With a Neurotic*, ed. rev., Wilshire Books, North Hollywood, CA.
Ellis, A. (1994), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Carol Publishing Group, New York.
Ellis, A., DiGiuseppe, R. (1993), „Are inappropriate or dysfunctional feelings in rational-emotive therapy qualitative or quantitative?", *Cognitive Therapy and Research*, 17, 471-477.
Ellis, A., Harper, R.A. (1975), *A New Guide to Rational Living*, ed. rev., Wilshire Books Company, Hollywood, CA.
Engels, G.I., Garnefski, N., Diekstra, R.R.W. (1993), „Efficacy of Rational-Emotive Therapy: A Quantitative Analysis", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1083-1090.
Erdelyi, M.H. (1974), „A new look at the new look: Perceptual defense and vigilance", *Psychological Review*, 81, 1-25.
Estes, W.K. (1950), „Toward a statistical theory of learning", *Psychological Review*, 57, 94-107.
Eysenck, H. (1952), „The effects of psychotherapy: An evaluation", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.
Eysenck, M., Keane, M. (2000), *Cognitive Psychology: A Student's Handbook*, ediţia a IV-a, Erlbaum, Hillsdale, NJ.
Fechner, G.Th. (1888), „Über die psychischen Maßprincipien und das Weber'sche Gesetz", *Philosophische Studien*, 4, 161-230.
Festinger, L. (1957), *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford University Press, Stanford.
First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon M., Williams, J.B.W. (2002), „Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)", *Biometrics Research*, New York State Psychiatric Institute, New York.
Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988), „The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research", *Social Science and Medicine*, 26, 309-317.
Frank, J.D. (1973), *Persuation and Healing*, John Hopkins University Press, Baltimore.
Gauld, A. (1992), *The History of Hipnotism*, Cambridge University Press, Cambridge.
Gilbert, D.T., Malone, P.S., Krull, D. (1993), „Unbelieving the unbelievable: Some problems in the rejection of false information", *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 601-613.
Gleitman, H. (1990), *Basic Psychology*, W.W. Norton & Co, New York.
Gleitman, H., Fridlund, A.J., Reisberg, D. (2000), *Basic Psychology*, ediţia a V-a, Norton, New York.
Goldfried, M.R. (1985), *From Cognitive-Behavior Therapy to Psychotherapy Integration*, Springer Publishing Company, New York.
Goldfried, M.R. (1995), *From Cognitive-Behavior Therapy to Psychotherapy Integration: An Evolving View*, Springer Publishing Company, New York.
Goldfried, M.R., Decenteceo, E.T., Weinberg, L. (1974), „Systematic rational restructuring as a self-control technique", *Behavior Therapy*, 5, 247-254.
Greenwald, A.G. (1992), „New Look 3: Reclaiming unconscious cognition", *American Psychologist*, 47, 766-779.
Greenwood, J.D. (1989), *Explanation and Experiment in Social Psychological Science. Realism and the Social Constitution of Action*, Springer Verlag, New York.
Guidano, V., Liotti, G. (1983), *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, Guilford Press, New York.
Guthrie, E.R. (1930), „Conditioning as a Principle of Learning", *Psychological Review*, 37, 412-428.
Guthrie, E.R. (1934), „Pavlov's Theory of Conditioning", *Psychological Review*, 41, 199-206.
Haggbloom, Steven J., *et al.* (2002), „The 100 most eminent psychologists of the 20th century", *Review of General Psychology*, 6, 139-152.
Hammen, C.L., Glass, D.R. (1975), „Depression, activity, and evaluation of reinforcement", *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 718-721.
Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.C. (1991), *Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Problems: A Practical*

Guide, Oxford University Press, Oxford.
Hayes, S.C. (2002), „Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy", *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58-66.
Hayes, S.C. (2004), „Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavior Therapy", *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
Hergenhahn, B.R. (1986), *An Introduction to the History of Psychology*, Wadsworth Publishing, Belmont, CA.
Hersch, J. (1994), *Mirarea filosofică. Istoria filosofiei europene*, Humanitas, Bucureşti.
Howes, N., Chagla, L., Thorpe, M., McCulloch, P. (1997), „Surgical practice is evidence based", *British Journal of Surgery*, 9, 1220-1223.
Hull, C. (1943), *Principles of Behavior*, Appleton-Century-Crofts, New York.
Hunsley, J., DiGiulio, G. (2002), „Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence", *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1, 11-24.
Hyland, M.E. (1985), „Do person variables exist in different ways?", în *American Psychologist*, nr. 40, pp. 1003-1010.
Iamandescu, I.B. (2002), *Stresul psihic din perspectivă psihologică şi psihosomatică*, Infomedica, Bucureşti.
Ianoşi, I. (1996), *O istorie a filosofiei româneşti*, Biblioteca Apostrof, Cluj-Napoca.
Jacobson, E. (1938), *Progressive Relaxation*, ediţia a II-a, Chicago University Press, Chicago.
Jacoby, L.L. (1991), „A process dissociation framework: Separating automatic from intentional uses of memory", *Journal of Memory and Language*, 30, 513-514.
James, W. (1981), *Pragmatism*, Hackett Publishing, Indianapolis, Cambridge (publicată pentru prima dată în 1907).
Jemec, G.B.E., Thorsteinsdottir, H., Wulf, H.C. (1998), „Evidence-based dermatologic out-patient treatment", *International Journal of Dermatology*, 11, 850-854.
Johnson, H.M. (1994), „Process of successful intentional forgetting", *Psychological Bulletin*, 116, 274-292.
Johnson, S. (2006), „The Congruence of the philosophy of rational emotive behavior therapy within the philosophy of mainstream Christianity", *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6, 45-55.
Kagee, A. (2002), „Concerns about the effectiveness of critical incident stress debriefing in ameliorating stress reactions", *Critical Care*, 6, 315-317.
Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998), *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, ediţia a VIII-a, Williams and Wilkins, Baltimore.
Kazantzis, N., Deane, F.P., Ronan, K.R. (2000), „Homework Assignments in Cognitive and Behavioral Therapy: A Meta-Analysis", *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.
Kazdin, A. (1978), *History of Behavioral Modification: Experimental Foundation of Contemporary Research*, University Park Press, Baltimore.
Kelly, G.A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, vol. 1, Norton, New York.
Kendall, P., Hollon, S. (1979), *Cognitive-Behavior Intervention: Theory, Research, and Procedures*, Academic Press, New York.
Kenny, S.E., Shankar, K.R., Rintala, R., Lamont, G.L., Lloyd, D.A. (1997), „Evidence-based surgery: Interventions in a regional paediatric surgical unit", *Archive of Disease in Childhood*, 1, 50-53.
Kernbach, V. (1978), *Miturile esenţiale*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
Kessel, R.P., de Haan, E.H. (2003), „Implicit learning in memory rehabilitation: A meta-analysis on errorless learning and vanishing cues methods", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 805-814.
Kipling, R. (1895), *If*, Complete collection of poems by Rudyard Kipling, http://www.poetryloverspage.com/poets/kipling/kipling_ind.html.
Kirsch, I. (1990), *Changing Expectations. A Key to Effective Psychotherapy*, Brooks/Cole Publishing Comp., Pacific.
Kobassa, S. (1979), „Stressful events, personality and health: An inquiry into hardiness", *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
Korzybski, A. (1933), *Science and Sanity: An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics*, ediţia a V-a, Institute of General Semantics, Brooklyn, NY.
Kuhn, T. (1962), *The Structure of Scientific Revolution*, University of Chicago Press, Chicago.
Lambert, M.J., Barley, D.E. (2002), „Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome", în John C.

Norcross (ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, 17-32, Oxford University Press, New York.

Lambert, M.J., Ogles, B.M. (2003), „The efficacy and effectiveness of psychotherapy", în M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Willey, New York.

Lang, P.J. (1968), „Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct", în J.M. Schlein (ed.), *Research in Psychotherapy*, vol. 3, 90-103, American Psychological Association, Washington, D.C.

Lazarus, A.A. (1971), *Behavior Therapy and Beyond*, McGraw-Hill, New York.

Lazarus, A.A. (1981), *The Practice of Multimodal Therapy*, McGraw-Hill, New York.

Lazarus, R.S. (1966), *Psychological Stress and The Coping Process*, McGraw-Hill, New York.

Lazarus, R.S. (1991), *Emotion and Adaptation*, Oxford University Press, New York.

LeDoux, J.E. (2000), „Emotion circuits in the brain", *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155-184.

Lee, J.S., Urschel, D.M., Urschel, J.D. (2000), „Is general thoracic surgical practice evidence based?", *Annals of Thoracic Surgery*, 2, 429-431.

Lewicki, P. (1986), *Non-Conscious Social Information Processing*, Academic Press, New York.

Lewinsohn, P.M. (1975), „The behavioral study and treatment of depression", în M. Hersen, R.M. Eisler, P.M. Miller (ed.), *Progress in Behavior Modification*, vol. 1, Academic Press, New York.

Lieberman, D.A., Sunnucks, W.L., Kirk, J.D.J. (1998), „Reinforcement without awareness: I. Voice level", *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 51B, 301-316.

Lilienfeld, S.O. (1996), „EMDR therapy: Less than meets the eyes?", *Skeptical Inquirer*, 20, 25-31.

Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Lohr, J.M. (2003), *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*, Guilford Press, New York.

Lindsley, O.R., (1956), „Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia", *Psychiatric Research Reports*, 5, 118-139.

Linehan, M.M. (1993), *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.

Lyons, L.C., Woods, P.J. (1991), „The Efficacy of rational emotive therapy: A quantitative review of the outcome research", *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.

Mahoney, M. (1974), *Cognition and Behavior Modification*, Ballinger, Cambridge, MA.

Mahoney, M.J. (ed.) (1995), *Cognitive and Constructive Psychotherapies. Theory, Research and Practice*, Springer Publication Company, Washington.

Malan, D.H. (1963), *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londra.

Marga, A. (1988), *Introducere în filosofia contemporană*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

Mason, J.W. (1968), „A review of psychoendocrine research on the sympathetic-adrenal medullary system", *Psychosomatic Medicine*, 30, 631-653.

Masters, W.H., Johnson, V.E. (1970), *Human Sexual Inadequacy*, Little, Brown, Boston.

Maultsby, M.C. (1984), *Rational behavior therapy*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

McConnell, R.B. (1987), *Art, Science, and Human Progress*, Universe Books, New York.

Mcleod, C., Holmes, E.A. (2012), „Cognitive bias modification: an intervention approach worth attending to", *American Journal of Psychiatry*, 169, 118-120.

McNally, R.J. (1999), „EMDR and mesmerism: A comparative historical analysis", *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 225-236.

Meichenbaum, D. (1977), *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*, Plenum, New York.

Meichenbaum, D. (2003), „Cognitive-Behavior Therapy: Folktales and the Unexpurgated History", *Cognitive Therapy and Research*, 27, 125-129.

Merikle, P.M. (1992), „Perception without awareness: critical issues", *American Psychologist*, 47, 792-795.

Miclea, M. (1994), *Psihologie cognitivă*, Polirom, Iaşi.

Miller, W.R. (1983), „Motivational interviewing with problem drinkers", *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.

Mowrer, O.H. (1950), *Learning Theory and Personality Dynamics*, The Ronald Press Co., New York.

Mowrer, O.H. (1960), *Learning Theory and Behavior*, John Wiley & Sons, Inc., New York-Londra.

Mowrer, O.H., Mowrer, W. (1938), „Enuresis: A methods for its study and treatment", *American Journal of Orthopsychiatry*, 8,

436-459.
Myles, P.S., Bain, D.L., Johnson, F., McMahon, R. (1999), „Is anaesthesia evidence-based? A survey of anaesthetic practice", *British Journal of Anaesthesia*, 4, 591-595.
Neimeyer, R.A., Mahoney, M.J. (1995), *Constructivism in Psychotherapy*, American Psychological Association, Washington.
Neisser, U. (1967), *Cognitive Psychology*, Appleton-Century-Croft, New York.
Nordin-Johansson, A., Asplund, K. (2000), „Randomized controlled trials and consensus as a basis for interventions in internal medicine", *Journal of Internal Medicine*, 1, 94-104.
OMS (1992), *International Statistical Classification of Disorders and Related Health Problems*, WHO, Geneva.
Ost, L.G. (1987), „Applied relaxation: description of a coping technique and a review of controlled studies", *Behavior Research and Therapy*, 26, 13-22.
Pavlov, I.P. (1927), *Conditioned Reflexes: An Investigation of The Physiological Activity of The Cerebral Cortex*, Oxford University Press, Oxford.
Piaget, J. (1955), *The Child's Construction of Reality*, Routledge, Londra.
Pichot, P. (1967), *Les tests mentaux*, PUF, „Que Sais-je?", Paris.
Pierce, C.S. (1935), „What Pragmatism is", în *Collected Papers*, 5 vol., Belknap Press, Cambridge, Mass.
Pierce, C.S., Jastrow, J. (1884), „On small differences of sensation", *Memoirs of National Academy of Sciences*, 3, 73-83.
Price, R.H., Lynn, S.J. (1981), *Abnormal Psychology in The Human Context*, The Dorsey Press, Illinois.
Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., *et al.* (1992), „In search of the structure of change", în Y. Klar, J.D. Fisher, J.M. Chinsky, A. Nadler (ed.), *Self Change: Social Psychological and Clinical Perspectives*, 87-114, Springer Verlag, New York.
Rachman, S., Hodgson, R. (1974), „Synchrony and desynchrony in measures of fear", *Behaviour Research & Therapy*, 12, 311-318.
Rachman, S., Teasdale, J. (1969), *Aversion Therapy and Behavior Disorders: An Analysis*, University of Miami Press, Coral Gables, FL.
Rachman, S., Teasdale, J. (1970), *Aversion Therapy and Behavior Disorders*, Behavior Science Book Service, Riverside, NY.
Radu, I. (1974), *Psihologie şcolară*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.
Ralea, M. (1954), *Caracterul antiuman şi antiştiinţific al psihologiei burgheze americane*, Editura de Stat, Bucureşti.
Reid, W.J. (1997), „Evaluating the Dodo's verdict: Do all interventions have equivalent outcomes?", *Social Work Research*, 21, 5-16.
Rescorla, R. (1988), „Pavlovian conditioning: it's not what you think it is", *American Psychologist*, 43, 151-160.
Richter, H.E., Miller, N.E. (ed.) (1982), *Biofeedback: Basic. Problems and Clinical Applications*, Elsevier Science Publications, New York.
Rosenzweig, S. (1936), „Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy", *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
Rotter, J.B. (1960), „Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedures", *Psychological Review*, 67, 301-316.
Russell, J.A., Carroll, J.M., (1999), „On the bipolarity of positive and negative affect", *Psychological Bulletin*, nr. 125, pp. 3-30.
Ryle, G. (1949), *The Concept of Mind*, University of Chicago Press, Chicago.
Sarason, I.G., Sarason, B.R. (1999), *Abnormal Psychology. The Problem of Maladaptive Behavior*, Prentice Hall, New Jersey.
Schachter, S., Singer, J.E. (1962), „Cognitive, social and physiological determinants of emotional state", *Psychologial Review*, 69, 379-399.
Scheel, M.J., Hanson, W.E., Razzhavaikina, T.I. (2004), „The process of recommending homework in psychotherapy: A review of therapist delivery methods, clients acceptability and factors that affect compliance", *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 41, 38-55.
Schultz, J.H., Luthe, W. (1969), *Autogenic Therapy*, vol. 1, *Autogenic Methods*, Grune and Stratton, New York.
Secenov, I. (1935), *Selected Works*, State Publishing House, Moscova-Leningrad.
Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2002), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, Guilford Press, New York.
Seligman, M.E.P. (1975), *Helplessness*, Freeman, San Francisco.
Seligman, M.E.P. (1998), *Learned Optimism*, Pocket Books, New York.

Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000), „Positive psychology", *American Psychologist*, 55, 5-15.
Selye, H. (1976), *The Stress of Life*, McGraw-Hill, New York.
Shapiro, M.B. (1961), „The single case in fundamental clinical research", *British Journal of Medical Psychology*, 34, 255-262.
Skinner, B.F. (1948), *Walden Two*, Macmillan, New York.
Skinner, B.F. (1953), *Science and Human Behavior*, Macmillan, New York.
Skinner, B.F. (1971), *Beyond Freedom and Dignity*, Alfred A. Knopf, New York.
Skinner, B.F. (1974), *About Behaviorism*, Alfred A. Knopf, New York.
Smith, C.A., Haynes, K.N., Lazarus, R.S., Pope, L.K. (1993), „In Search of the «Hot» Cognitions: Attributions, Appraisals and their Relation to Emotion", *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 916-929.
Smith, C.A., Lazarus, R. (1993), „Appraisal, components, core relational theme, and the emotions", *Cognition and Emotion*, 7, 233-269.
Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I. (1980), *The Benefits of Psychotherapy*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
Solomon, R., Wynne, L.C. (1953), „Traumatic avoidance learning: Acquisition in normal dogs", *Psychological Monography*, 67 (354).
Spiegler, M.D., Guevremont, D. (1993), *Contemporary Behavior Therapy*, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, CA.
Stein, D.J., Young, J.E. (ed.) (1992), *Cognitive Science and Clinical Disorders*, Academic Press, San Diego.
Suarez-Varela, M.M., Llopis-Gonzalez, A., Bell, J., Tallon-Guerola, M., Perez-Benajas, A., Carrion-Carrion, C. (1999), „Evidence based general practice", *European Journal of Epidemiology*, 9, 815-819.
Summers, A., Kehoe, R.F. (1996), „Is psychiatric treatment evidence-based?", *Lancet*, 347, 406-410.
Szentagotai, A., Schnur, J., DiGiuseppe, R., Macavei, B., Kallay, E., David, D. (2005), „The organization and the nature of irrational beliefs: Schemas or appraisal?", *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 5 (2), 139-158.
Taylor, S.E. (1993), *Positive Illusions: Creative Self-Deception and The Healthy Mind*, Basic Books, New York.
Thorndike, E.L. (1916), *The Principles of Teaching, Based on Psychology*, A.G. Seiler, New York.
Tolman, E.C. (1948), „Cognitive maps in rats and men", *The Psychological Review*, 55, 189-208.
Truax, C.B., Carkhuff, R.R. (1967), *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*, Aldine Publishing Company, Chicago.
Udolf, R. (1981), *Handbook of Hypnosis for Professionals*, Van Nostrand, New York.
USDHHS (1999), *Mental Health: A Report of the Surgeon General-Executive Summary*, US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services, National Institute of Mental Health, Rockville, MD.
Wampold, B.E. (2001), *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah.
Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., Ahn, H. (1997), „A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, All must have prizes", *Psychological Bulletin*, 3, 203-215.
Waters, V. (2003), *Poveşti raţionale pentru copii*, Editura ASCR, Cluj-Napoca.
Watson, D. (2000), *Mood and Temperament*, Gilford Press, New York.
Watson, J.B. (1913), „Psychology as the behaviorist views it", *Psychological Review*, 20, 158-177.
Watson, J.B., MacDougall, W. (1929), *The Battle of Behaviorism. An Exposition and an Exposure* (A debate between the leading behaviorist and the leading instinct theorist of the early 20th century).
Watson, J.B., Rayner, R. (1920), „Conditioned emotional reactions", *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
Watson, D., Tellegen, A. (1999), „Issues in the dimensional structure of affect – Effects of descriptors, measurement error, and response formats: Comment on Russell and Carroll (1999)", în *Psychological Bulletin*, nr. 125, pp. 601-610.
Weber, E.H. (1834), *De pulsu, resorptione, auditu et tactu. Annotationes anatomicae et physiologicae*, Koehler, Lipsiae.
Wegner, D.M. (1994), „Ironic processes of mental control", *Psychological Review*, 101, 34-52.
Wegner, D.M. (2002), *The Illusion of Conscious Will*, MIT Press, Cambridge, MA.
Wegner, D.M. (2003), „The mind's best trick: How we experience conscious will", *Trends in Cognitive Science*, 7, 65-69.
Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M.D., Klotz, M.L. (1987), „Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A., Morton, T. (1995), „Effects of psychotherapy with children and adolescents

revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies", *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.

Wellman, H.M., Harris, P.L., Banerjee, M., Sinclair, A. (1995), „Early understandings of emotion: Evidence from natural language", *Cognition and Emotion*, 9, 117-149.

Wells, A. (1999), „A metacognitive model and therapy for generalised anxiety disorder", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 86-95.

Wells, A. (2000), *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*, John Wiley and Sons Ltd., New York.

Wessler, R.L., Hankin, S., Stern, J. (2001), *Succeeding with Difficult Clients: Applications of Cognitive Appraisal Therapy (Practical Resources for the Mental Health Professional)*, Academic Press, San Diego, CA.

Wolpe, J. (1958), *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford University Press, Stanford, CA.

Yalom, I.D. (1975), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, ediţia a II-a, New York, Basic Books.

Yerkes, R.M., Dodson, J.D. (1908), „The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation", *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.

Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003), *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, Guilford Press, New York.

ANEXE

Anexa 1

Scale/teste clinice utilizate în terapia cognitiv-comportamentală

Notă: Toate instrumentele din această anexă pot fi folosite în scop educaţional şi de cercetare, anunţând în prealabil obligatoriu International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (http://www.psychotherapy.ro). Utilizarea lor în cadrul unor servicii psihologice şi/sau clinice necesită acordul International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (http://www.psychotherapy.ro), care deţine copyrightul, a cărui nerespectare are implicaţii penale. Instrumentele sunt descrise detaliat în *Sistemul de Evaluare Clinică*, coordonator Daniel David, publicat la RTS Cluj în anul 2007, iar CTRS în B. Macavei, în 2002, „A Romanian Adaptation of the Cognitive Therapy Rating Scale", *The Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, vol. 2, nr. 1.

1.1. Profilul distresului emoţional (PDE; autori: David Opriş, MA, şi Bianca Macavei, MA)

Numele şi prenumele _____ **Vârsta** _____

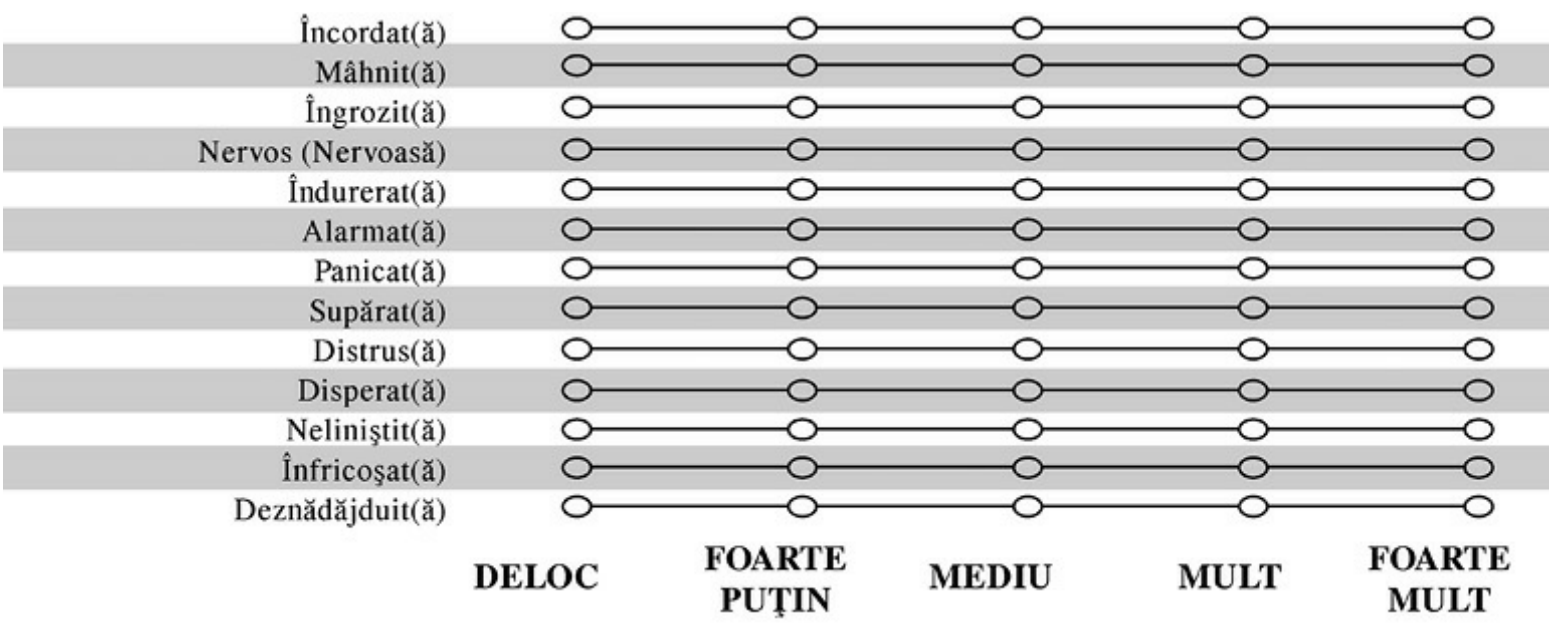
Profilul Distresului Emoţional
(PDE)

Copyright : International Institute for the Advanced Study of Psychotherapy and Applied Mental Health. Se acordă dreptul de utilizare în scopul prezentelor norme.

Mai jos vă prezentăm o listă de cuvinte care descriu emoţiile pe care oamenii le au în diverse situaţii. Citiţi cu atenţie fiecare cuvânt, apoi încercuiţi varianta care corespunde cel mai bine întrebării :

CUM V-AŢI SIMŢIT ÎN ULTIMELE DOUĂ SĂPTĂMÂNI ?

	DELOC	FOARTE PUŢIN	MEDIU	MULT	FOARTE MULT
Tensionat (ă)	○	○	○	○	○
Trist (ă)	○	○	○	○	○
Melancolic(ă)	○	○	○	○	○
Fară speranţă	○	○	○	○	○
Nefolositor (Nefolositoare)	○	○	○	○	○
Îngrijorat(ă)	○	○	○	○	○
Amărât(ă)	○	○	○	○	○
Anxios (Anxioasă)	○	○	○	○	○
Depresiv(ă)	○	○	○	○	○
Preocupat(ă)	○	○	○	○	○
Înspăimântat(ă)	○	○	○	○	○
Deprimat(ă)	○	○	○	○	○
Necăjit(ă)	○	○	○	○	○



I. *Ce măsoară PDE?*

Profilul distresului emoţional (PDE) este o scală cu 26 de itemi care măsoară emoţiile negative disfuncţionale şi emoţiile negative funcţionale din categoriile „frică” şi „tristeţe/deprimare”.

Scala permite atât calcularea unui scor general de distres, cât şi a scorurilor separate pentru „frică funcţională”, „frică disfuncţională”, „tristeţe/deprimare funcţională” şi „tristeţe/deprimare disfuncţională”.

Descrierea itemilor

PDE conţine 26 de adjective care descriu emoţii negative; cei 26 de itemi se grupează în şase subscale:

(1) 6 itemi reprezintă emoţii negative funcţionale din categoria „tristeţe/deprimare”;
(2) 8 itemi reprezintă emoţii negative disfuncţionale din categoria „tristeţe/deprimare”;
(3) 6 itemi reprezintă emoţii negative funcţionale din categoria „frică”;
(4) 6 itemi reprezintă emoţii negative disfuncţionale din categoria „frică”;
(5) 12 itemi reprezintă emoţii negative funcţionale (categoriile „tristeţe/deprimare” şi „frică”);
(6) 14 itemi reprezintă emoţii negative disfuncţionale (categoriile „tristeţe/deprimare” şi „frică”).

Tristeţe/Deprimare				**Frică**			
Funcţionale		**Disfuncţionale**		**Funcţionale**		**Disfuncţionale**	
trist	item 2	nefolositor	item 5	preocupat	item 10	anxios	item 8
mâhnit	item 15	deprimat	item 12	îngrijorat	item 6	îngrozit	item 16
amărât	item 7	deznădăjduit	item 26	neliniştit	item 24	panicat	item 20
melancolic	item 3	fără speranţă	item 4	încordat	item 14	înspăimântat	item 11
necăjit	item 13	depresiv	item 9	alarmat	item 19	înfricoşat	item 25
supărat	item 21	distrus	item 22	tensionat	item 1	nervos	item 17
		îndurerat	item 18				

		disperat	item 23				

Posibilităţile de răspuns ale subiecţilor la fiecare dintre cei 26 de itemi sunt:

Deloc	Foarte puţin	Mediu	Mult	Foarte mult

Nici itemii scalei şi nici variantele de răspuns nu sunt numerotate, eliminând astfel posibilitatea de biasare a răspunsurilor ca urmare a valorii numerice ataşate.

II. *Administrare*

Scala se administrează în varianta creion-hârtie, atât individual (şi în varianta autoadministrare), cât şi în grup. Se preferă administrarea individuală, ori de câte ori este posibil. În cazul administrării în grup, este indicat ca grupurile să nu fie mai mari de 15 persoane. Când grupul este mai mare de 15 persoane, numărul examinatorilor trebuie să crească, păstrându-se raportul de un examinator la maximum 15 persoane evaluate.

III. *Cotare*

Cotarea pentru cei 26 de itemi se face direct, însumând răspunsurile la fiecare item, alocându-se de la 1 la 5 puncte, după cum urmează: deloc = 1, foarte puţin = 2, mediu = 3, mult = 4, foarte mult = 5.

Pe lângă scorul global de distres, obţinut prin însumarea scorurilor la cei 26 de itemi, se mai pot calcula scoruri pe cele 6 subscale, prin însumarea scorurilor la itemii care le compun.

IV. *Interpretarea rezultatelor*

PDE total/bărbaţi + femei (N=700)		
Clase	**Descriere**	**Cote**
I	Nivel foarte scăzut de distres	32
II	Nivel scăzut de distres	33-40
III	Nivel mediu de distres	41-55
IV	Nivel ridicat de distres	56-83
V	Nivel foarte ridicat de distres	≥84

PDE disfuncţional/bărbaţi + femei (N=700)		

Clase	Descriere	Cote
I	Nivel foarte scăzut de emoţii negative disfuncţionale	≤14
II	Nivel scăzut de emoţii negative disfuncţionale	15-17
III	Nivel mediu de emoţii negative disfuncţionale	18-25
IV	Nivel ridicat de emoţii negative disfuncţionale	26-40
V	Nivel foarte ridicat de emoţii negative disfuncţionale	≥41

PDE funcţional/bărbaţi + femei (N=700)		
Clase	**Descriere**	**Cote**
I	Nivel foarte scăzut de emoţii negative funcţionale	≤16
II	Nivel scăzut de emoţii negative funcţionale	17-22
III	Nivel mediu de emoţii negative funcţionale	23-31
IV	Nivel ridicat de emoţii negative funcţionale	32-43
V	Nivel foarte ridicat de emoţii negative funcţionale	≥44

1.2. Chestionarul gândurilor automate (ATQ – *Automatic Thoughts Questionnaire*; autori: dr. Steve Hollon şi dr. Phillip Kendall), adaptat de Ramona Moldovan, MA

ATQ

Instrucţiuni: Vă rugăm să citiţi cu atenţie fiecare dintre afirmaţiile de mai jos şi să notaţi cât de frecvent aţi avut asemenea gânduri în cursul ultimelor patru săptămâni, fiecare gând fiind evaluat pe o scală de la 1 la 5, unde 1 = niciodată, iar 5 = aproape întotdeauna.

		Niciodată				Aproape întotdeauna
1	Nu sunt bun(ă) de nimic.	1	2	3	4	5
2	Nu cred că pot continua aşa.	1	2	3	4	5
3	Sunt foarte dezamăgit(ă) de mine însumi/însămi.	1	2	3	4	5
4	Nu îmi mai place nimic.	1	2	3	4	5
5	Nu mai suport.	1	2	3	4	5

6	Nu îmi vine să mă apuc de nimic.	1	2	3	4	5
7	Ce se întâmplă cu mine?	1	2	3	4	5
8	Sunt lipsit(ă) de valoare.	1	2	3	4	5
9	Nu voi reuşi niciodată.	1	2	3	4	5
10	Mă simt foarte neajutorat(ă).	1	2	3	4	5
11	Ceva trebuie să se schimbe.	1	2	3	4	5
12	Precis este ceva în neregulă cu mine.	1	2	3	4	5
13	Viitorul meu este cenuşiu.	1	2	3	4	5
14	Pur şi simplu nu merită.	1	2	3	4	5
15	Nu pot face nimic până la capăt.	1	2	3	4	5

I. *Ce măsoară ATQ?*

ATQ măsoară gândurile automate disfuncţionale şi iraţionale (cogniţii descriptive şi inferenţiale şi cogniţii evaluative specifice). În instrucţiune, perioada de „patru săptămâni” poate fi modificată pentru a reliefa interesul clinicianului (de exemplu, ultimele două săptămâni); nu se utilizează însă un interval de peste patru săptămîni, căci pot apărea erori de memorie.

II. *Administrare*

Scala se administrează în varianta creion-hârtie, atât individual, cât şi în grup. Se preferă administrarea individuală de fiecare dată când acest lucru este posibil. Ea se administrează fără limită de timp. După ce materialele şi condiţiile necesare pentru administrarea scalei sunt asigurate, începe evaluarea pacientului.

Pe lista cu itemi apare următoarea instrucţiune, subiectul putând-o reciti ori de câte ori doreşte pe parcursul evaluării.

Vă rugăm să citiţi cu atenţie fiecare dintre afirmaţiile de mai jos şi să notaţi cât de frecvent aţi avut asemenea gânduri în ultimele patru săptămâni, fiecare gând fiind evaluat pe o scală de la 1 la 5, unde 1 = niciodată, iar 5 = aproape întotdeauna.

III. *Cotare*

Fiecare dintre cei 15 itemi se cotează pe o scală de la 1 la 5, unde 1 = niciodată, iar 5 = aproape întotdeauna. Scorul total la ATQ se obţine prin însumarea scorurilor la fiecare item în parte.

IV. *Interpretarea rezultatelor*

Având la bază o distribuţie normală a scorurilor, construcţia etalonului pentru ATQ s-a bazat pe clase normalizate. Valorile pentru 5 clase sunt exprimate procentual astfel: 6,7%, 24,2%, 38,2%, 24,2%, 6,7%.

	Clasa 1	Clasa 2	Clasa 3	Clasa 4	Clasa 5
Scoruri	≤15	16-19	20-28	29-44	≥45

Semnificaţia scorurilor este următoarea:

Clasa 1 – nivel foarte scăzut al gândurilor automate disfuncţionale/iraţionale (subiectul are un nivel al gândurilor automate < 6,7% din populaţia generală);

Clasa 2 – nivel scăzut al gândurilor automate disfuncţionale/iraţionale (subiectul are un nivel al gândurilor automate > 6,7% din populaţia generală);

Clasa 3 – nivel mediu al gândurilor automate disfuncţionale/iraţionale (subiectul are un nivel al gândurilor automate > 30,9% din populaţia generală);

Clasa 4 – nivel ridicat al gândurilor automate disfuncţionale/iraţionale (subiectul are un nivel al gândurilor automate > 69,1% din populaţia generală);

Clasa 5 – nivel foarte ridicat al gândurilor automate disfuncţionale/iraţionale (subiectul are un nivel al gândurilor automate > 93,3% din populaţia generală).

Un scor ridicat la ATQ indică un nivel ridicat al gândurilor automate disfuncţionale şi iraţionale.

Un scor scăzut la ATQ indică un nivel scăzut al gândurilor automate disfuncţionale şi iraţionale.

1.2.A. *Chestionarul Young de scheme cognitive (YSQ* – Young Schema Questionnaire*; autor: dr. Jeffrey Young), adaptat de Simona Trip, MA*

YSQ

Instrucţiuni: Lista de mai jos cuprinde afirmaţii folosite de o persoană pentru a se descrie pe sine. Vă rugăm să citiţi cu atenţie fiecare afirmaţie şi să decideţi cât de bine vă descrie pe dumneavoastră. Când nu sunteţi sigur(ă), răspundeţi în funcţie de ceea ce simţiţi, şi nu în funcţie de ceea ce credeţi că este adevărat. Alegeţi valoarea dintre 1 şi 6 care credeţi că vă descrie cel mai bine şi scrieţi numărul în spaţiul din faţa afirmaţiei respective.

1 – complet neadevărat despre mine
2 – în parte neadevărat despre mine
3 – mai mult adevărat decât neadevărat
4 – moderat adevărat
5 – destul de adevărat despre mine
6 – mă descrie perfect

1___ În general nu am avut pe cineva care să aibă grijă de mine, căruia (căreia) să-i împărtăşesc din viaţa mea sau căruia (căreia) să-i pese mult de ce se întâmplă cu mine.
2___ M-am agăţat de cei apropiaţi mie pentru că m-am temut că mă vor părăsi.
3___ Simt că oamenii vor profita de mine.
4___ Nu-mi găsesc locul nicăieri.
5___ Nici un/o bărbat/femeie pe care îl/o doresc nu mă poate iubi odată ce îmi va vedea defectele.
6___ Este important pentru mine să fiu plăcut(ă) de aproape toţi cei pe care îi cunosc.
7___ Chiar şi când lucrurile par să meargă bine, eu cred că este doar temporar.
8___ Dacă fac o greşeală, merit să fiu pedepsit(ă).

9___ În majoritatea activităţilor şcolare sau de serviciu nu sunt la fel de bun ca ceilalţi.
10___ Nu mă simt în stare să mă descurc singur(ă) în viaţa de zi cu zi.
11___ Nu pot scăpa de sentimentul că ceva rău este pe cale să se întâmple.
12___ Nu am fost în stare să mă despart/desprind de părinţii mei în felul în care o fac alte persoane de vârsta mea.
13___ Cred că, dacă fac ceea ce simt, dau numai de necazuri.
14___ Mă schimb în funcţie de oamenii cu care sunt, pentru ca ei să mă placă mai mult.
15___ Dacă uneori se întâmplă ceva bun, mi-e teamă că va urma ceva rău.
16___ Dacă nu fac tot ce depinde de mine, pot să mă aştept să pierd.
17___ Sunt genul de persoană care, de obicei, sfârşeşte prin a avea grijă de cei apropiaţi.
18___ Mă străduiesc prea mult să-mi exprim sentimentele pozitive faţă de ceilalţi (afecţiune, preocupare).
19___ Trebuie să fiu cel mai bun (cea mai bună) în tot ce fac; nu accept să fiu pe locul doi.
20___ Am probleme când trebuie să accept „nu” ca răspuns atunci când vreau ceva de la ceilalţi.
21___ Nu mă pot motiva să îndeplinesc sarcini plictisitoare şi de rutină.
22___ Încerc să mă adaptez.
23___ Nu poţi fi tot timpul suficient de atent; întotdeauna va apărea ceva rău.
24___ Nu există nici o scuză dacă greşesc.
25___ În general, oamenii nu au fost lângă mine ca să-mi ofere căldură, sprijin şi dragoste.
26___ Am atâta nevoie de ceilalţi, încât mă îngrijorez că îi voi pierde.
27___ Simt că nu trebuie să las garda jos în prezenţa altora, pentru că altfel mă vor răni intenţionat.
28___ Sunt fundamental diferit(ă) de ceilalţi.
29___ Nici unul dintre cei pe care îi doresc nu va putea să stea lângă mine odată ce mă va cunoaşte cu adevărat.
30___ Stima mea de sine se bazează mai ales pe felul cum mă văd ceilalţi.
31___ Oricât de mult aş munci, mi-e teamă că aş putea rămâne fără nici un ban.
32___ Oamenii care nu-şi cunosc limitele ar trebui pedepsiţi.
33___ Sunt incompetent(ă) când vine vorba de realizări.
34___ Mă văd ca o persoană dependentă când este vorba de viaţa de zi cu zi.
35___ Simt că un dezastru (natural, chimic, medical sau criminal) se poate întâmpla în orice moment.
36___ Părinţii mei şi cu mine tindem să ne implicăm în viaţa şi problemele celuilalt.
37___ Simt că nu am altă posibilitate decât să îndeplinesc dorinţele altora, altfel mă vor respinge.
38___ A avea bani şi a cunoaşte multă lume „bună” mă face să fiu mai valoros (valoroasă).
39___ Mă îngrijorez de faptul că o decizie greşită poate duce la dezastru.
40___ În general nu accept scuzele altora. Ei nu sunt dispuşi să-şi asume responsabilitatea şi să suporte consecinţele.
41___ Sunt o persoană bună deoarece mă gândesc la alţii mai mult decât la mine.
42___ Mi se pare jenant să-mi exprim sentimentele în faţa altora.
43___ Încerc mereu să fac tot ce pot/tot ce depinde de mine; nu mă mulţumesc cu „aproape bine”.
44___ Sunt deosebit(ă) şi nu trebuie să accept restricţii impuse de ceilalţi.
45___ Dacă nu îmi pot atinge un scop, devin repede frustrat(ă) şi renunţ.
46___ Investesc mult timp în felul în care arăt, pentru ca toţi cei din jur să mă aprecieze.
47___ Sunt frecvent obsedat(ă) de deciziile minore deoarece consecinţele unei greşeli pot fi serioase.
48___ Dacă nu îmi fac treaba, ar trebui să sufăr consecinţele acestui lucru.
49___ O perioadă îndelungată din viaţa mea nu am simţit că sunt special(ă) pentru cineva.
50___ Mă tem că oamenii de care mă simt apropiat(ă) mă vor părăsi sau abandona.
51___ Este doar o problemă de timp până când cineva mă va trăda (înşela).
52___ Locul meu nu e aici; sunt singuratic(ă).
53___ Nu merit dragostea, atenţia şi respectul celorlalţi.
54___ Propriile realizări sunt mai valoroase pentru mine dacă oamenii le observă.
55___ Mă simt mai bine pretinzând că lucrurile nu-mi vor merge bine, asta ca să nu mă simt rău dacă lucrurile chiar nu merg bine.
56___ Mă gândesc des la greşelile pe care le fac şi sunt furios (furioasă) pe mine.
57___ Majoritatea celorlalţi sunt mai capabili decât mine din punct de vedere profesional şi al realizărilor.
58___ Sunt mai puţin capabil(ă) decât majoritatea oamenilor.
59___ Mă tem că o să fiu atacat(ă).
60___ Este foarte greu pentru mine şi părinţii mei să păstrăm secrete intime unii faţă de alţii fără să ne simţim vinovaţi şi înşelaţi.
61___ În relaţii, îl las pe celălalt să aibă ultimul cuvânt.
62___ Sunt atât de preocupat(ă) să mă adaptez, încât uneori uit cine sunt.
63___ Mă concentrez mai ales asupra evenimentelor şi situaţiilor de viaţă negative.
64___ Când oamenii fac ceva rău, am probleme în a aplica principiul „Iartă şi uită”.
65___ Sunt atât de preocupat(ă) să mă ocup de oamenii de care îmi pasă, încât am puţin timp pentru mine.
66___ Mi se pare greu să arăt căldură şi spontaneitate.

67___ Trebuie să-mi îndeplinesc toate responsabilităţile.
68___ Detest să fiu constrâns(ă) sau reţinut(ă) de la ceea ce vreau eu să fac.
69___ Nu sacrific satisfacţia imediată pentru atingerea unui scop îndepărtat.
70___ Mi se pare greu să-mi fixez propriile scopuri fără să mă gândesc cum vor reacţiona ceilalţi la alegerile mele.
71___ Tind să fiu pesimist(ă).
72___ Port pică chiar dacă persoana s-a scuzat.
73___ În cea mai mare parte a timpului nu am avut pe cineva care să mă asculte cu adevărat, care să mă înţeleagă sau care să investească emoţional în mine.
74___ Mă cuprinde disperarea când simt că cineva la care ţin se îndepărtează de mine.
75___ Sunt destul de suspicios (suspicioasă) în privinţa motivelor altora.
76___ Mă simt străin(ă) de ceilalţi oameni.
77___ Simt că nu pot fi iubit(ă).
78___ Când mă gândesc la deciziile din viaţa mea, îmi dau seama că pe majoritatea le-am luat cu gândul la aprobarea celorlalţi.
79___ Oamenii apropiaţi mie consideră că îmi fac prea multe griji.
80___ Mă supăr când cred că cineva a renunţat prea repede la ceva.
81___ Nu sunt atât de talentat(ă) în muncă aşa cum sunt ceilalţi.
82___ Judecata mea nu poate fi bună în toate situaţiile de zi cu zi.
83___ Mă tem că o să-mi pierd toţi banii şi o să devin sărac(ă).
84___ Adeseori simt că, dacă părinţii mei trăiesc prin mine, nu mai am o viaţă a mea.
85___ Întotdeauna îi las pe ceilalţi să decidă pentru mine, deci nu ştiu ce vreau pentru mine.
86___ Chiar dacă nu îmi place cineva, tot vreau ca el/ea să mă placă.
87___ Dacă oamenii se entuziasmează de ceva, mă simt inconfortabil şi simt nevoia să îi avertizez că se va întâmpla ceva rău.
88___ Mă enervez când oamenii se scuză şi îi învinuiesc pe ceilalţi pentru problemele lor.
89___ Întotdeauna am fost genul de om care ascultă problemele altora.
90___ Mă controlez atât de mult încât oamenii cred ca nu am emoţii.
91___ Simt că există o presiune constantă asupra mea să îndeplinesc şi să realizez diferite lucruri.
92___ Simt că nu trebuie să urmez regulile, normele şi convenţiile pe care le fac ceilalţi.
93___ Nu mă pot forţa să fac lucruri care nu îmi plac, chiar când ştiu că este spre binele meu.
94___ Când nu primesc multă atenţie din partea altora, mă simt neimportant(ă).
95___ Nu contează din ce cauză greşesc; când am greşit cu ceva, trebuie să plătesc.
96___ Rar am avut o persoană care să mă sfătuiască sau care să mă îndrume când nu am ştiut ce să fac.
97___ Câteodată sunt atât de îngrijorat(ă) că ceilalţi mă vor părăsi, încât îi îndepărtez eu de mine.
98___ De obicei sunt vigilent(ă) faţă de motivele celorlalţi.
99___ Întotdeauna mă simt în afara grupului.
100___ Am prea multe defecte inacceptabile în numeroase domenii pentru a-i lăsa pe alţii să mă cunoască.
101___ Caut recunoaştere şi admiraţie atunci când îmi spun părerea la o întâlnire sau întrunire.
102___ Mă învinovăţesc pentru lucrurile în care am eşuat.
103___ Nu sunt atât de inteligent(ă) ca ceilalţi când este vorba de şcoală sau serviciu.
104___ Nu am încredere în capacitatea mea de a rezolva toate problemele care apar.
105___ Mă tem că am o boală gravă, deşi medicul nu mi-a diagnosticat nimic grav.
106___ Simt adeseori că nu am o identitate separată de a părinţilor mei sau de a partenerului (partenerei) meu (mele).
107___ Îmi vine foarte greu să cer să-mi fie respectate drepturile şi să-mi fie luate în seamă sentimentele.
108___ Complimentele şi recompensele numeroase mă fac să mă simt valoros (valoroasă).
109___ Sunt o persoană rea, care merită să fie pedepsită.
110___ Ceilalţi oameni mă cunosc ca făcând prea multe pentru alţii şi insuficient pentru mine.
111___ Oamenii mă consideră inflexibil(ă) din punct de vedere emoţional.
112___ Nu pot să-mi cer scuze pentru greşelile mele.
113___ Simt că ceea ce am de oferit are mai mare valoare decât contribuţiile altora.
114___ Rar am fost în stare să mă bazez pe propriile mele hotărâri.

I. *Ce măsoară YSQ?*

Au fost identificate optsprezece scheme disfuncţionale, grupate în cinci categorii, numite *domenii ale schemelor*. Fiecare dintre cele cinci categorii reprezintă o componentă importantă a nevoilor pe care le are un copil.

Primul domeniu este reprezentat de *separare şi respingere* şi constă în expectanţa că nu vor fi satisfăcute nevoile de securitate, siguranţă, îngrijire, empatie, acceptare şi respect. Acest prim domeniu cuprinde cinci scheme:

(1) *Abandon/instabilitate (AB)* – sentimentul că cei apropiaţi nu vor putea să ne ofere susţinerea emoţională de care avem nevoie şi să ne protejeze, deoarece ei, la rândul lor, sunt instabili emoţional, nu sunt prezenţi, vor muri curând sau ne vor părăsi pentru altcineva.
(2) *Neîncredere/abuz (NA)* – credinţa că, într-un final, tot vom fi înşelaţi, că ceilalţi ne înşală, abuzează de noi, ne fac să suferim, ne umilesc sau ne mint. Acest rău creat de ceilalţi este perceput ca fiind intenţionat.
(3) *Privaţiune emoţională (ED)* – ceilalţi nu ne oferă dragostea necesară. Există trei forme majore de deprivare emoţională: a) deprivarea de îngrijire (absenţa atenţiei, afecţiunii şi căldurii sufleteşti); b) deprivarea de empatie (absenţa înţelegerii); c) neoferirea de protecţie (absenţa direcţionării, ghidării).
(4) *Deficienţă/ruşine (DS)* – sentimentul că suntem fără valoare, suntem răi, nedoriţi, inferiori sau incapabili în anumite aspecte importante ale vieţii, iar dacă acest lucru se vede nu vom mai fi iubiţi de ceilalţi. Persoanele care interiorizează această schemă sunt sensibile la critică, sunt foarte conştiente de ele înseşi, se compară cu ceilalţi, nu se simt în siguranţă în prezenţa celorlalţi, au sentimentul de ruşine legat de propriul „handicap". Acesta poate fi personal (impulsuri de furie) sau public (aspect fizic neplăcut).
(5) *Izolare socială/înstrăinare (SI)* – senzaţia de izolare faţă de restul lumii, că suntem diferiţi de alţii şi că nu putem face parte dintr-un grup.

Al doilea domeniu este cel al *slabei autonomii şi performanţe* şi se referă la propria capacitate de a supravieţui şi funcţiona independent. Reprezentative pentru acest domeniu sunt următoarele scheme:

(1) *Dependenţă/incompetenţă (DI)* – credinţa că suntem incapabili să ne îndeplinim bine responsabilităţile zilnice fără un sprijin considerabil din partea celorlalţi. Se manifestă neajutorare.
(2) *Vulnerabilitate în faţa pericolelor potenţiale (VH)* – frica exagerată de catastrofe ce pot să ni se întâmple oricând şi pe care nu le putem preveni. Această frică poate apărea în legătură cu diferite boli de care ne putem îmbolnăvi (de pildă, infarct), cu diferite probleme emoţionale grave (de exemplu, teama de a nu înnebuni) sau alte catastrofe externe (cum ar fi prăbuşirea avioanelor).
(3) *Protecţionism/personalitate atrofiată (EM)* – o relaţie de apropiere şi o implicare emoţională exagerată cu una dintre persoanele apropiate (deseori părinţi), relaţie care împiedică dezvoltarea propriei identităţi şi a relaţionării sociale. Este o convingere că cel puţin una dintre persoanele implicate nu va putea trăi fără cealaltă, nu va putea fi fericită dacă nu va avea sprijinul acesteia. Persoanele care manifestă această schemă sunt persoane fără un scop, care nu ştiu pentru ce trăiesc.
(4) *Eşec (FA)* – blamarea de sine, convingerea subiectului că nu este capabil să facă ceva bine, că inevitabil va greşi, va eşua în autorealizare (şcoală, carieră, sport), că e prost, cu un statut social inferior, mai puţin de succes decât cei de aceeaşi vârstă.

Al treilea domeniu conţine scheme cu privire la *limite defectuoase* şi constă în incapacitatea de a stabili sau stabilirea deficitară a limitelor interne, a responsabilităţilor faţă de alţii, a scopurilor pe termen lung. Apar dificultăţi în respectarea drepturilor celorlalţi, în stabilirea şi atingerea unor scopuri personale realiste. Acest domeniu este caracterizat de două scheme:

(1) *Revendicarea drepturilor personale/dominanţă (ET)* – credinţa că suntem superiori altor oameni: revendicăm drepturi şi privilegii speciale; regula reciprocităţii nu funcţionează în acest caz. Revendicăm dreptul de a face ce vrem, indiferent dacă ceea ce dorim este ancorat sau nu în realitate, indiferent care este costul pentru celălalt. Se manifestă un sentiment exagerat al superiorităţii (suntem printre cei mai celebri oameni), cu scopul de a obţine control şi putere.
(2) *Lipsă de autocontrol şi autodisciplină (IS)* – dificultatea de a fi controlat, disciplinat în obţinerea scopurilor, insuficient control al emoţiilor şi impulsurilor, toleranţă scăzută la frustrare, dorinţă excesivă de menţinere a confortului, de evitare a situaţiilor neplăcute pentru propria persoană.

Dependenţa de alţii este cel de-al *patrulea domeniu*, iar schemele componente constau în focalizarea excesivă pe satisfacerea dorinţelor şi nevoilor altora, în detrimentul satisfacerii propriilor dorinţe şi nevoi, pentru a câştiga dragostea şi aprobarea celor din jur. Schemele acestui domeniu sunt:

(1) *Subjugarea (SB)* – supunerea excesivă controlului celorlalţi, de obicei pentru a evita furia, părăsirea sau alte represalii. Are două

forme principale: subjugarea nevoilor (propriile preferinţe, decizii şi dorinţe sunt suprimate) şi subjugarea emoţiilor (exprimarea emoţiilor este suprimată, în special cea a furiei).

(2) *Sacrificiul de sine (SS)* – fixarea excesivă asupra satisfacerii voluntare a nevoilor zilnice ale celorlalţi cu propriile noastre costuri. De ce? Pentru a preveni îndurerarea celorlalţi, pentru a evita sentimentul de a fi egoist, pentru a menţine relaţia cu persoana percepută ca fiind în nevoie.

(3) *Indezirabilitate socială/nevoia de aprobare (AS)* – căutarea exagerată a aprobării, recunoaşterii sau atenţiei celorlalţi, fapt ce împiedică dezvoltarea identităţii de sine. Stima de sine este dependentă în principal de reacţiile celorlalţi.

Cel de-al *cincilea domeniu* este dat de *hipervigilenţă şi inhibiţie* – sentimentele, impulsurile, alegerile spontane sunt împiedicate să se exprime, persoana nu-şi rezervă dreptul de a fi fericită, relaxată. Sănătatea, relaţiile apropiate au de suferit în consecinţă. Schemele acestui domeniu sunt:

(1) *Negativism/pasivitate (NP)* – aspectele negative ale vieţii sunt exagerat conturate, subliniate, scoase la iveală, maximizate (durere, moarte, pierdere, dezamăgiri, conflicte, vină, resentimente, probleme nerezolvate, greşeli potenţiale, trădări etc.), în timp ce evenimentele pozitive, optimiste sunt minimalizate.

(2) *Inhibiţie emoţională/autocontrol exagerat (EI)* – inhibarea acţiunilor, sentimentelor, comunicării spontane, pentru a evita în special dezaprobarea celorlalţi, sentimentul de ruşine şi de pierdere a controlului asupra propriilor impulsuri. Cele mai întâlnite arii de inhibiţie ar fi: a) inhibarea furiei şi agresivităţii; b) inhibarea impulsurilor pozitive; c) dificultate în exprimarea vulnerabilităţii sau în comunicarea propriilor sentimente; d) invocarea excesivă a raţionalităţii şi eliminarea emoţionalului.

(3) *Standarde nerealiste/exigenţă (US)* – credinţa că trebuie să atingem nişte standarde interiorizate foarte ridicate de comportament şi performanţă, cu scopul de a evita critica. Aceste standarde nerealiste pot apărea sub forma perfecţionismului, atenţiei deosebite la detalii, regulii rigide de tipul „trebuie”, nemulţumirii că s-ar fi putut realiza mai multe.

(4) *Pedepsirea (PU)* – convingerea că oamenii ar trebui aspru criticaţi pentru greşelile lor. Implică tendinţa de a fi furios, intolerant, punitiv şi nerăbdător cu cei (inclusiv cu noi înşine) care nu satisfac expectanţele sau standardele noastre. Greşelile sunt uitate cu greutate, nu se ţine seama de natura falibilă a omului.

YSQ este format din 114 itemi şi măsoară toate cele optsprezece scheme cognitive:

1. Privaţiune emoţională (ED)
2. Abandon (AB)
3. Neîncredere/abuz (MA)
4. Izolare socială/înstrăinare (SI)
5. Deficienţă/ruşine (DS)
6. Eşec (FA)
7. Dependenţă/incompetenţă (DI)
8. Protecţionism/personalitate atrofiată (EM)
9. Vulnerabilitate în faţa pericolelor potenţiale (VH)
10. Subjugare (SB)
11. Sacrificiu de sine (SS)
12. Inhibiţie emoţională/autocontrol exagerat (EI)
13. Standarde nerealiste/exigenţă (US)
14. Revendicarea drepturilor personale/dominanţă (ET)
15. Lipsă de autocontrol şi autodisciplină (IS)
16. Indezirabilitate socială/nevoia de aprobare (AS)
17. Negativism/pasivitate (NP)
18. Pedepsire (PU)

Descrierea itemilor

Cei 114 itemi sunt repartizaţi pe subscale în modul următor:

1. Privaţiune emoţională (ED): 1, 25, 49, 73, 96
2. Abandon (AB): 2, 26, 50, 74, 97
3. Neîncredere/abuz (MA): 3, 27, 51, 75, 98
4. Izolare socială/înstrăinare (SI): 4, 28, 52, 76, 99
5. Deficienţă/ruşine (DS): 5, 29, 53, 77, 100
6. Eşec (FA): 9, 33, 57, 81, 103
7. Dependenţă/incompetenţă (DI): 10,34, 58, 82, 104
8. Vulnerabilitate la rău şi boală (VH): 11, 35, 59, 83, 105
9. Protecţionism/personalitate atrofiată (EM): 12, 36, 60, 84, 106
10. Subjugare (SB): 13, 37, 61, 85, 107
11. Sacrificiu de sine (SS): 17, 41, 65, 89, 110
12. Inhibiţie emoţională/autocontrol exagerat (EI): 18, 42, 66, 90, 111
13. Standarde nerealiste/exigenţă (US): 19, 43, 67,91, 112
14. Revendicarea drepturilor personale/dominanţă (ET): 20, 44, 68, 92, 113
15. Lipsă de autocontrol şi autodisciplină (IS): 21, 45, 69, 93, 114
16. Indezirabilitate socială/nevoia de aprobare (AS): 16, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 70, 78, 86, 94, 101, 108
17. Negativism/pasivitate (NP): 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71, 79, 87
18. Pedepsirea (PU): 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72, 80, 88, 95, 102, 109.

II. *Administrare*

Când este utilizat în scop clinic, terapeutul roagă de obicei clientul să completeze acest chestionar ca temă acasă, după prima sau a doua şedinţă. În scop de cercetare, instrumentul poate fi administrat individual, dar şi colectiv. Chestionarul presupune ca subiecţii să evalueze, pe o scală Likert de 6 puncte, cât de bine îi descrie fiecare item în parte (unde: 1 = total neadevărat, 2 = de cele mai multe ori neadevărat pentru mine, 3 = mai mult adevărat decât neadevărat, 4 = moderat adevărat pentru mine, 5 = de cele mai multe ori adevărat pentru mine, 6 = mă descrie perfect).

Unii pacienţi pot rememora traume puternice atunci când răspund la itemii chestionarului şi, ca atare, din cauza interferenţei emoţionale, procesul de completare poate fi mai încet. Terapeutul poate cere acestor persoane să completeze un anumit număr de întrebări pe săptămână. Este posibil ca unii pacienţi să evite să-şi administreze chestionarul, să lase întrebări fără răspuns etc.; acest lucru poate fi o modalitate de a evita confruntarea cu schemele dezadaptative proprii. Dacă aceşti pacienţi persistă în evitarea chestionarului, este recomandat ca terapeutul să nu insiste, ci să discute motivele refuzului.

III. *Cotare*

Itemii sunt grupaţi în funcţie de scheme. În variantă clinică, de obicei, terapeutul nu înregistrează scorul total sau media scorului pentru fiecare schemă, ci se vor încercui itemii cu scorurile cele mai mari (5 sau 6). Itemul cu scor mare spune ceva despre pacient, un lucru care merită atenţie. Terapeutul poate apoi revedea rezultatele împreună cu clientul, punând întrebări despre itemii la care s-au înregistrat scoruri ridicate. De obicei, ei evidenţiază o schemă importantă pentru pacient, care va fi discutată în terapie. Astfel, terapeutul va vorbi cu pacientul despre schema respectivă, apoi îl va învăţa numele fiecărei scheme înalt cotate şi semnificaţia ei. Pentru varianta psihometrică, rezultatele obţinute prin însumarea scorurilor se raportează la tabelul de mai jos.

IV. *Interpretarea rezultatelor*

	ED	AB	MA	SI	FA
Scăzut	0-5	0-6	0-8	0-6	0-5
Mediu	5-7	6-8	8-11	6-8	5-8
Ridicat	7-12	8-12	11-15	8-11	8-10
Foarte ridicat	12-30	12-30	15-30	11-30	10-30
	m=9,43 s.d.=5,37	m=9,97 s.d.=5,23	m=11,97 s.d.=5,49	m=9,35 s.d.=4,57	m=8,73 s.d.=4,27
	DS	**EI**	**US**	**ET**	**DI**
Scăzut	0-5	0-8	0-13	0-11	0-6
Mediu	5-7	8-10	13-17	11-14	6-8
Ridicat	7-30	10-14	17-20	14-19	8-11
Foarte ridicat		14-30	20-30	19-30	11-30
	m=7 s.d.=3,55	m=11,38 s.d.=4,73	m=16,56 s.d.=5,28	m=14,97 s.d.=5,52	m=8,93 s.d.=4,28
	IS	**VH**	**EM**	**SB**	
Scăzut	0-9	0-5	0-6	0-6	
Mediu	9-12	5-6	6-9	6-8	
Ridicat	12-17	6-10	9-12	8-11	
Foarte ridicat	17-30	10-30	12-30	11-30	
	m=12,76 s.d=4,57	m=8,19 s.d=4,58	m=9,76 s.d=4,57	m=9,03 s.d=4,04	
	SS	**AS**	**NP**	**PU**	
Scăzut	0-14	0-26	0-16	0-29	
Mediu	14-18	26-35	16-21	29-36	
Ridicat	18-22	35-43	21-31	36-46	
Foarte ridicat	22-30	43-84	31-66	46-84	
	m=18,14 s.d.=5,32	m=36,23 s.d.=13,24	m=24,76 s.d.=11,19	m=37,76 s.d.=11,92	

1.2.B. *Scala de atitudini disfuncţionale, formele A şi B (DAS* – Disfunctional Attitudes Scale, Versions A and B*; autori: dr. Aaron Beck* et al.*), adaptată de Bianca Macavei, MA*

DAS – Forma A

Nume şi prenume: _____ Data:_____

Instrucţiuni: Acest chestionar cuprinde o serie de atitudini şi convingeri pe care unele persoane le au în diverse situaţii. Citiţi cu atenţie fiecare afirmaţie şi decideţi în ce măsură sunteţi de acord cu ea. Utilizaţi pentru fiecare afirmaţie, din codul prezentat mai jos, cifra care corespunde *în cea mai mare măsură modului în care gândiţi*. Pentru a vă asigura că o anumită atitudine vă caracterizează, aveţi în vedere modul în care gândiţi *în cea mai mare parte a timpului (în general).*

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Sunt cu totul de acord	**Sunt în mare măsură de acord**	**Sunt întrucâtva de acord**	**Sunt neutru**	**Sunt întrucâtva în dezacord**	**Sunt în mare măsură în dezacord**	**Sunt în dezacord total**

Nr.	**Afirmaţii**	**Răspuns**
01	Este dificil să fii fericit(ă) dacă nu eşti prezentabil(ă), inteligent(ă), bogat(ă) şi creativ(ă).	
02	Fericirea depinde în mai mare măsură de atitudinea mea faţă de mine decât de ce simt alţii faţă de mine.	
03	Oamenii mă vor aprecia probabil în mai mică măsură dacă voi comite o greşeală.	
04	Dacă nu reuşesc să fac totul bine de fiecare dată, nu voi fi respectat de ceilalţi.	
05	Chiar şi asumarea unui risc minor este un lucru nesăbuit, deoarece pierderile pe care le antrenează pot fi dezastruoase.	
06	Poţi câştiga respectul altei persoane, chiar dacă nu eşti deosebit de talentat într-un domeniu oarecare.	
07	Nu pot fi fericit(ă) decât dacă sunt admirat(ă) de majoritatea persoanelor pe care le cunosc.	
08	A cere ajutorul cuiva este un semn de slăbiciune.	
09	Dacă nu mă descurc la fel de bine ca alţii, înseamnă că sunt o persoană inferioară.	
10	Dacă eşuez la locul de muncă, înseamnă că sunt un ratat.	
11	Dacă nu poţi face un lucru ca lumea, atunci nici nu merită să te apuci de el.	
12	Este în regulă dacă fac greşeli, deoarece pot învăţa din ele.	
13	Dacă cineva nu este de acord cu mine, asta înseamnă probabil că nu mă simpatizează.	
14	Dacă eşuez parţial este la fel de rău ca şi când aş fi un om ratat.	
15	Dacă alţii află cum eşti în realitate, te vor aprecia în mai mică măsură.	
16	Dacă o persoană pe care o iubesc nu mă iubeşte înseamnă că sunt un nimeni.	
17	O activitate îţi poate oferi plăcere, indiferent de rezultatul ei.	
18	Înainte de a se apuca de ceva, omul trebuie să ştie că are sorţi de izbândă.	
19	Valoarea mea ca persoană depinde în mare măsură de părerea celorlalţi despre mine.	
20	Dacă nu îmi fixez aspiraţii înalte, voi deveni o persoană „de mâna a doua”.	

21	Pentru a fi o persoană valoroasă, trebuie să fiu cu adevărat excepţional(ă).	
22	Oamenii care au idei bune sunt mai valoroşi decât ceilalţi.	
23	Dacă fac o greşeală este normal să fiu supărat.	
24	Părerea mea despre mine este mai importantă decât ceea ce cred alţii despre mine.	
25	Dacă vreau să fiu o persoană bună, morală şi valoroasă, trebuie să ajut pe oricine are nevoie de ajutor.	
26	Dacă pun o întrebare las impresia că sunt o persoană inferioară.	
27	Este groaznic să fii dezaprobat de persoanele importante pentru tine.	
28	Dacă nu ai pe cine să te sprijini, eşti condamnat la tristeţe.	
29	Pot realiza lucruri importante chiar dacă nu mă hărţuiesc ca pe un sclav.	
30	Este posibil ca o persoană să fie dojenită fără ca asta să o supere.	
31	Nu pot avea încredere în ceilalţi, deoarece m-ar putea trata cu cruzime.	
32	Nu poţi fi fericit dacă ceilalţi nu te plac.	
33	Este mai bine să renunţi la propriul tău interes, pentru a face pe plac celor din jur.	
34	Fericirea mea depinde în mai mare măsură de alţii decât de mine.	
35	Nu am nevoie de aprobarea celorlalţi pentru a fi fericit.	
36	Dacă eviţi problemele, acestea dispar de la sine.	
37	Pot fi fericit, chiar dacă pierd multe din părţile bune ale vieţii.	
38	Este foarte important ce cred alţii despre mine.	
39	Izolarea de ceilalţi duce la nefericire.	
40	Pot fi fericit, chiar dacă nimeni nu mă iubeşte.	

DAS – Forma B

Nume şi prenume: _____ Data:_____

-

Instrucţiuni: Acest chestionar cuprinde o serie de atitudini şi convingeri pe care unele persoane le au în diverse situaţii. Citiţi cu atenţie fiecare afirmaţie şi decideţi în ce măsură sunteţi de acord cu ea. Utilizaţi pentru fiecare afirmaţie, din codul prezentat mai jos, cifra care corespunde în cea mai mare măsură modului în care gândiţi. Pentru a vă asigura că o anumită atitudine vă caracterizează, aveţi în vedere modul în care gândiţi în cea mai mare parte a timpului (în general).

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Sunt cu totul de acord	**Sunt în mare măsură de acord**	**Sunt întrucâtva de acord**	**Sunt neutru**	**Sunt întrucâtva în dezacord**	**Sunt în mare măsură în dezacord**	**Sunt în dezacord total**

Nr.	**Afirmaţii**	**Răspuns**

01	Poţi fi fericit, chiar dacă nu te chinui să faci tot posibilul pentru a-i mulţumi pe ceilalţi.	
02	Trebuie să-mi impresionez noile cunoştinţe cu şarmul, inteligenţa sau înţelepciunea mea, altfel acestora nu le va plăcea de mine.	
03	Dacă acord prioritate nevoilor celorlalţi oameni înaintea propriilor mele nevoi, aceştia trebuie să mă ajute când le cer să facă ceva pentru mine.	
04	Este ruşinos să-ţi arăţi slăbiciunile.	
05	Oamenilor le va plăcea de mine, chiar dacă nu am succese.	
06	Cei care poartă marca succesului (arată bine, sunt celebri, bogaţi) au mai multe şanse să fie fericiţi decât ceilalţi.	
07	Trebuie să mă străduiesc să-i impresionez pe ceilalţi, dacă vreau ca aceştia să mă placă.	
08	Dacă cineva la care ţin nu mă iubeşte înseamnă că nu pot fi iubit(ă).	
09	Ar trebui să îmi pot rezolva problemele repede şi fără prea mare efort.	
10	Dacă cineva se comportă indiferent faţă de mine, asta înseamnă că nu ţine la mine.	
11	Ar trebui să fiu în stare să fiu pe placul tuturor.	
12	Celorlalţi le poate păsa de mine, chiar dacă îmi cunosc toate slăbiciunile.	
13	Este îngrozitor ca oamenilor de care îmi place să nu le pese de mine.	
14	Critica nu trebuie să fie ceva supărător pentru cel căruia i se adresează.	
15	Viaţa mea este în zadar dacă nu am succes.	
16	Oamenii ar trebui să se pregătească pentru ce poate fi mai rău, altfel riscă să fie decepţionaţi.	
17	Dacă nu reuşesc să fiu o persoană productivă, creativă şi utilă, viaţa mea nu are nici un sens.	
18	Ar trebui să ai o părere mai proastă despre tine dacă ceilalţi nu te acceptă.	
19	Nu am nevoie de aprobarea celorlalţi pentru a fi fericit(ă).	
20	Mă pot bucura, chiar şi atunci când nu sunt pe placul celorlalţi.	
21	Valoarea mea ca persoană depinde în mare măsură de ceea ce cred ceilalţi despre mine.	
22	Dacă am spus o prostie, înseamnă că sunt un prost (o proastă).	
23	Dacă cineva trebuie să stea singur(ă) o perioadă lungă de timp, el (ea) va suferi cu siguranţă de singurătate.	
24	Omul trebuie să poată controla ceea ce i se întâmplă.	
25	Dacă cineva nu are parte de succes, viaţa sa este fără rost.	
26	Pentru a fi fericit, nu este nevoie să fii foarte iubit de ceilalţi.	
27	Numai egoiştii comit fapte egoiste.	
28	Trebuie să am întotdeauna control desăvârşit asupra emoţiilor mele.	
29	Ar trebui să fiu tot timpul fericit.	
30	Faptul că alţii mă consideră neatrăgător (neatrăgătoare) nu trebuie să mă necăjească.	
31	Ori de câte ori risc sau îmi încerc norocul, nu fac decât să caut necazul cu lumânarea.	

32	Omul nu-şi poate schimba reacţiile emoţionale, chiar dacă ştie că acestea îi fac rău.	
33	Aş putea influenţa comportamentul altora, dar nu-l pot controla.	
34	Oamenii te vor respinge dacă îţi descoperă slăbiciunile.	
35	Cel care greşeşte trebuie criticat.	
36	Trebuie să caut soluţii practice pentru probleme, şi nu soluţii ideale.	
37	Dacă ceva îmi iese bine, asta se datorează probabil norocului; în schimb, dacă lucrurile ies prost, mă gândesc că, probabil, este vina mea.	
38	Pentru a-i face pe ceilalţi să te placă, trebuie să îi impresionezi cu personalitatea ta.	
39	A cere sfatul sau ajutorul cuiva este o dovadă de slăbiciune.	
40	Omul trebuie să reuşească să fie cel mai bun în tot ceea ce face.	

I. *Ce măsoară DAS?*

Cei 40 de itemi ai fiecărei variante (A şi B) sunt formulaţi ca afirmaţii care stau, în general, la baza gândirii idiosincratice implicate în psihopatologie.

De exemplu, itemul 11 din forma B – „Ar trebui să fiu în stare să fiu pe placul tuturor” – este evaluat pe o scală Likert de la 1 la 7, unde:

1 = sunt cu totul de acord;
2 = sunt în mare măsură de acord;
3 = sunt întrucâtva de acord;
4 = sunt neutru;
5 = sunt întrucâtva în dezacord;
6 = sunt în mare măsură în dezacord;
7 = sunt în dezacord total.

Scala DAS indică măsura în care cogniţiile descriptive şi inferenţiale generale (schemele cognitive) sunt considerate ca fiind proprii subiectului: cu cât scorul total este mai mare, cu atât nivelul lor este mai mare.

II. *Administrare*

Scala se administrează în varianta creion-hârtie, atât individual, cât şi în grup. În cazul administrării în grup, este indicat ca grupurile să nu fie mai mari de 15 persoane. Se recomandă administrarea individuală ori de câte ori este posibil. Când grupul este mai mare de 15 persoane, numărul examinatorilor trebuie să crească, păstrându-se raportul de un examinator la maximum 15 persoane evaluate.

III. *Cotare*

Fiecare item DAS (forma A sau B) este cotat pe o scală Likert de la 1 la 7.

Variantele de răspuns sunt:

1 = sunt cu totul de acord;
2 = sunt în mare măsură de acord;
3 = sunt întrucâtva de acord;
4 = sunt neutru;
5 = sunt întrucâtva în dezacord;
6 = sunt în mare măsură în dezacord;
7 = sunt în dezacord total.

În funcţie de conţinut, itemii sunt cotaţi direct sau invers.

Următorii itemi sunt cotaţi ca fiind funcţionali dacă răspunsul merge spre aprobare sau acord total (itemi direcţi):

Forma A: itemii 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37, 40;
Forma B: itemii 1, 5, 12, 14, 19, 20, 26, 30, 33, 36.

Ceilalţi itemi din formele A şi B ale scalei sunt cotaţi în direcţia inversă:

7 = sunt cu totul de acord;
6 = sunt în mare măsură de acord;
5 = sunt întrucâtva de acord;
4 = sunt neutru;
3 = sunt întrucâtva în dezacord;
2 = sunt în mare măsură în dezacord;
1 = sunt în dezacord total.

Scorul total la DAS – forma A şi forma B – se obţine însumând scorurile la toţi cei 40 de itemi ai fiecărei scale.

Dacă subiectul omite să dea răspunsuri la un număr mare de itemi, atunci testul nu se ia în considerare. Cu cât scorul total este mai mare, cu atât nivelul cogniţiilor disfuncţionale generale este mai mare.

IV. *Interpretarea rezultatelor*

Etalonul a fost construit pe cinci clase normalizate. Procentele din eşantion incluse în cele cinci clase normalizate se distribuie în felul următor: 6,7%, 24,2%, 38,2%, 24,2%, 6,7%. Prima clasă include aşadar 6,7% dintre subiecţi, cei cu cel mai scăzut nivel de scheme cognitive disfuncţionale. Cea de-a cincea clasă include, de asemenea, 6,7% dintre subiecţi, cei cu cel mai ridicat nivel de scheme cognitive disfuncţionale.

Bărbaţi + Femei (N=682)		
Clase	**Descriere**	**Cote**
I	Nivel foarte scăzut de disfuncţionalitate în atitudini	≤79
II	Nivel scăzut de disfuncţionalitate în atitudini	80-112
III	Nivel mediu de disfuncţionalitate în atitudini	113-142
IV	Nivel ridicat de disfuncţionalitate în atitudini	143-169
V	Nivel foarte ridicat de disfuncţionalitate în atitudini	≥170

Scorul de selecţionare pentru întregul lot, bărbaţi şi femei (*cut-off score*), a fost stabilit – prin însumarea mediei cu o abatere standard – la 155, ceea ce înseamnă că subiecţii care obţin un scor brut cuprins între 40 şi 155 au un nivel de disfuncţionalitate care permite funcţionarea lor normală în viaţa de zi cu zi, iar cei care obţin un scor brut cuprins între 156 şi 280 au un nivel de disfuncţionalitate care poate genera probleme de intensitate clinică.

1.3. Scala de cogniţii raţionale şi iraţionale (GABS-SF – *General Attitude and Beliefs Scale-Short Form*; autori: dr. Helen Lindner *et al.*), adaptată de Bianca Macavei, MA

Instrucţiuni: Pentru fiecare afirmaţie, vă rugăm să indicaţi măsura în care sunteţi de acord sau împotrivă, încercuind numărul corespunzător. Fiţi cât mai sincer şi nu lăsaţi ca răspunsul la o afirmaţie să influenţeze răspunsul la o alta. Nu există răspunsuri bune şi răspunsuri greşite; suntem interesaţi doar de propria dumneavoastră părere.

Enunţ	**Puternic împotrivă**	**Împotrivă**	**Neutru**	**De acord**	**Puternic de acord**
1. Este insuportabil să eşuez în lucruri importante şi nu suport să nu reuşesc să le fac.	1	2	3	4	5
2. Nu suport lipsa de consideraţie din partea altor persoane şi nu pot tolera ideea că ar putea fi incorecţi.	1	2	3	4	5
3. Este de nesuportat să mă simt inconfortabil(ă), tensionat(ă) sau nervos (nervoasă) şi nu suport să fiu aşa atunci când sunt.	1	2	3	4	5
4. Atunci când viaţa este grea şi mă simt inconfortabil(ă), tensionat(ă), înţeleg că nu este îngrozitor să te simţi aşa, ci numai regretabil, iar viaţa merge înainte.	1	2	3	4	5
5. Nu pot suferi să fiu tensionat(ă) sau nervos (nervoasă) şi cred că tensiunea este insuportabilă.	1	2	3	4	5
6. Nu pot suferi să nu fiu plăcut(ă) de oamenii care sunt importanţi pentru mine şi este insuportabil dacă ei nu mă plac.	1	2	3	4	5
7. Dacă oameni importanţi nu mă plac este din cauză că eu sunt o persoană nespus de rea şi nesuferită.	1	2	3	4	5
8. Când sunt tratat(ă) fără consideraţie, cred că acest lucru arată că în lumea aceasta există persoane rele şi necuviincioase.	1	2	3	4	5
9. Dacă sunt respins(ă) de cineva care-mi place, pot să mă accept pe mine însumi (însămi) şi să îmi recunosc valoarea ca fiinţă umană.	1	2	3	4	5
10. Dacă nu îndeplinesc bine sarcinile care sunt foarte importante pentru mine este din cauză că sunt o persoană rea şi lipsită de valoare.	1	2	3	4	5

11. Este îngrozitor să ai rezultate slabe în unele acţiuni importante şi cred că este o catastrofă să obţin rezultate slabe.	1	2	3	4	5
12. Cred că e teribil de rău când oamenii nu mă respectă.	1	2	3	4	5
13. Atunci când oamenii pe care îi plac mă resping sau nu mă plac este pentru că sunt o persoană rea şi lipsită de valoare.	1	2	3	4	5
14. Nu pot suporta să fiu tratat(ă) fără respect, şi cred că incorectitudinea este intolerabilă.	1	2	3	4	5
15. Cred că persoanele care nu se comportă cinstit faţă de mine sunt rele şi lipsite de valoare.	1	2	3	4	5
16. Dacă oameni importanţi nu mă plac, asta îmi arată că sunt o persoană lipsită de valoare.	1	2	3	4	5
17. Este îngrozitor să existe ceartă în viaţa cuiva, şi este o catastrofă să fii certat.	1	2	3	4	5
18. Nu pot accepta să nu fac bine sarcinile importante şi este insuportabil să eşuez.	1	2	3	4	5
19. Este important ca oamenii să se comporte cinstit faţă de mine de cele mai multe ori, dar realizez că nu trebuie să fiu tratat(ă) corect doar pentru că doresc acest lucru.	1	2	3	4	5
20. Va fi o catastrofă dacă nu îndeplinesc bine lucrurile care sunt importante.	1	2	3	4	5
21. Este de nesuportat să nu fii respectat(ă) de oameni şi nu pot tolera acest lucru.	1	2	3	4	5
22. Nu pot suferi cearta în viaţa mea.	1	2	3	4	5
23. Trebuie să fiu plăcut(ă) şi acceptat(ă) de persoanele care vreau să mă placă, şi nu voi accepta ca ele să nu mă placă.	1	2	3	4	5
24. Vreau să fiu plăcut(ă) şi acceptat(ă) de oamenii pe care îi plac, dar înţeleg că ei nu trebuie să mă placă doar pentru că eu vreau asta.	1	2	3	4	5
25. În situaţiile în care oameni care aş dori să mă placă nu sunt de acord cu mine sau mă resping, nu suport faptul că ei nu mă plac.	1	2	3	4	5
26. Dacă ceilalţi nu mă respectă, acest lucru spune despre ei că sunt persoane rele.	1	2	3	4	5

I. *Ce măsoară GABS?*

GABS măsoară cogniţiile evaluative raţionale şi iraţionale cu caracter general. Repartiţia pe subscale a celor 26 de itemi este următoarea:

1. Raţionalitate 4, 9, 19, 24
2. Evaluarea globală a propriei valori 7, 10, 13, 22
3. Nevoia de realizare 1, 11, 18, 20
4. Nevoia de aprobare 6, 23, 25

5. Nevoia de confort 3, 5, 17, 16
6. Cerinţa absolutistă de dreptate 2, 12, 14, 21
7. Evaluarea globală a celorlalţi 8, 15, 26

Total Iraţionalitate: suma subscalelor 2-7

II. *Administrare şi cotare*

Administrarea scalei poate fi făcută atât individual, cât şi colectiv.

Subiecţii sunt rugaţi să evalueze, pe o scală Likert de 5 puncte (1 = puternic împotrivă, 2 = împotrivă, 3 = neutru, 4 = de acord, 5 = puternic de acord), măsura în care sunt de acord cu afirmaţiile ce descriu cogniţiile iraţionale. Nu există cotaţii inverse; se adună cotele, obţinându-se un total pe subscale. Acesta relevă măsura în care clienţii interiorizează una dintre dimensiunile iraţionalităţii pe care scala o evaluează, dar şi gradul de raţionalitate manifestat de aceştia.

III. *Interpretarea rezultatelor*

	Raţional 1	**Ev. glob. proprie 2**	**Realiz. 3**	**Aprob. 4**	**Confort 5**	**Dreptate 6**	**Ev. glob. ceilalţi 7**	**Iraţional 8**
m	15	9	13	9	12	14	8	67
s.d.	2,29	2,81	3,02	2,39	2,52	3,03	2,29	11,35
Foarte slab	4-12	4-6	4-8	3-6	4-8	4-9	3-5	22-47
Slab	12-14	6-8	8-11	6-8	8-11	9-13	5-7	47-61
Mediu	14-16	8-11	11-14	8-10	11-14	13-15	7-10	61-70
Ridicat	16-19	11-14	14-16	10-13	14-16	15-18	10-12	70-82
Foarte ridicat	19-20	14-20	16-20	13-15	16-20	18-20	12-15	82-110

1.4. Scala de evaluare a intervenţiei în terapia cognitivă (CTRS – *Cognitive Therapy Rating Scale*, Academy of Cognitive Therapy; autori: dr. Jeffrey Young şi dr. Aaron Beck), adaptată de Bianca Macavei, MA

Terapeut:_____ Pacient:_____ Data şedinţei:_____

Codul înregistrării:_____ Evaluator:_____ Data evaluării:_____

Codul/Nr. şedinţei:_____ () Înregistrare video () Înregistrare audio () Observare „live”

Instrucţiuni: De fiecare dată, evaluaţi terapeutul pe o scală de la 0 la 6 şi înregistraţi scorul pe linia alăturată fiecărui item. Scala oferă descrieri pentru nivelurile marcate prin numere pare. Dacă apreciaţi ca fiind mai potrivită plasarea performanţei terapeutului între doi asemenea descriptori, utilizaţi numerele impare intermediare (1, 3, 5). De exemplu, dacă terapeutul a realizat o planificare foarte bună a şedinţei, dar a omis să stabilească priorităţile, acordaţi scorul 5, mai degrabă decât 4 sau 6. Dacă descriptorii propuşi pentru un item oarecare nu se potrivesc uneori şedinţei pe care o evaluaţi, lăsaţi-i la o parte şi optaţi pentru scala mai generală oferită mai jos:

0	1	2	3	4	5	6
Slab	Nesatisfăcător	Mediocru	Satisfăcător	Bine	Foarte bine	Excelent

Vă rugăm să nu omiteţi nici un item la cotare. Pentru toţi itemii, focalizaţi-vă pe abilităţile terapeutului, având în vedere cât de dificil este pacientul cu care se lucrează.

Partea I. Abilităţi terapeutice generale

_____1. Planificarea şedinţei (lista de probleme)

0. Terapeutul nu a făcut o listă de probleme a şedinţei.
2. Terapeutul a făcut o listă de probleme vagă sau incompletă.
4. Terapeutul a conlucrat cu pacientul pentru a realiza o planificare satisfăcătoare pentru amândoi, care include probleme-ţintă bine determinate (de exemplu, anxietate la locul de muncă, insatisfacţie în căsnicie).
6. Terapeutul a conlucrat cu pacientul pentru a realiza o planificare adecvată, cu probleme-ţintă bine definite, potrivită şi din perspectiva timpului disponibil. Au fost stabilite priorităţile şi s-a respectat planificarea.

_____2. Feedbackul

0. Terapeutul nu a solicitat feedback pentru a determina măsura în care pacientul a înţeles aspectele abordate sau reacţia acestuia la şedinţa terapeutică.
2. Terapeutul a obţinut un oarecare feedback de la pacient, dar nu a pus suficiente întrebări pentru a se asigura că acesta a înţeles linia sa de argumentare pe parcursul şedinţei sau pentru a stabili dacă pacientul a fost mulţumit de şedinţă.
4. Terapeutul a pus suficiente întrebări pentru a se asigura că pacientul a înţeles linia sa de argumentare pe parcursul şedinţei şi pentru a determina reacţiile acestuia faţă de şedinţa terapeutică. Când a fost cazul, terapeutul şi-a modificat comportamentul ca răspuns la feedbackul primit.
6. Pe parcursul şedinţei, terapeutul a fost foarte abil în provocarea feedbackului verbal şi nonverbal din partea pacientului şi în exprimarea răspunsului la acesta (de exemplu, a stimulat exprimarea reacţiilor pacientului faţă de şedinţă, a verificat sistematic înţelegerea aspectelor abordate, a contribuit la sumarizarea punctelor esenţiale la finalul şedinţei).

_____3. Comprehensiunea

0. În repetate rânduri, terapeutul nu a reuşit să înţeleagă mesajul explicit transmis de pacient, astfel că, de multe ori, a omis esenţa celor comunicate. Abilităţi empatice deficitare.
2. În general, terapeutul a reuşit să reformuleze şi să parafrazeze mesajul explicit transmis de pacient, dar a eşuat frecvent în a răspunde la mesajele comunicate nonverbal sau mai puţin explicit. Abilităţi de ascultare şi empatice deficitare.
4. În majoritatea cazurilor, terapeutul a reuşit să surprindă „realitatea interioară” a pacientului, reflectată atât în mesajele explicite, cât şi în cele mascate sau nonverbale transmise de acesta. Abilităţi de ascultare şi empatice bune.
6. Terapeutul a reuşit să surprindă cu acurateţe „realitatea interioară” a pacientului şi a avut capacitatea de a exprima acest lucru prin

mesaje verbale şi nonverbale bine receptate de pacient (de pildă, tonul vocii terapeutului a reflectat înţelegerea profundă a celor comunicate de pacient). Abilităţi de ascultare şi empatice excelente.

_____4. Eficienţa interpersonală

0. Terapeutul a dat dovadă de importante carenţe în abilităţile de relaţionare interpersonală, părând ostil, dispreţuitor sau nefast pentru pacient.
2. Deşi nu a prejudiciat pacientul printr-o atitudine depreciativă, terapeutul a demonstrat dificultăţi majore în relaţionare. Din când în când, acesta a părut nesincer, nerăbdător, neatent sau incapabil să dovedească încredere şi profesionalism.
4. Terapeutul a dovedit, la un nivel satisfăcător, empatie, preocupare, încredere, sinceritate şi profesionalism. Nu au existat probleme majore în relaţia interpersonală.
6. Terapeutul a dovedit, la un nivel optim, empatie, preocupare, încredere, sinceritate şi profesionalism, adecvate pacientului şi specificului şedinţei.

_____5. Colaborarea

0. Terapeutul nu a încercat să conlucreze în vreun fel cu pacientul.
2. Terapeutul a încercat să conlucreze cu pacientul, dar a întâmpinat dificultăţi fie în identificarea unei probleme relevante pentru acesta, fie în stabilirea relaţiei terapeutice.
4. Terapeutul a reuşit să conlucreze cu pacientul, focalizându-se pe o problemă relevantă atât pentru el, cât şi pentru acesta, şi să stabilească relaţia terapeutică.
6. Colaborarea dintre cei doi a fost excelentă; terapeutul a încurajat în mod repetat pacientul să-şi asume un rol activ în terapie (de exemplu, prin oferirea de alternative), astfel încât ei s-au comportat ca o „echipă”.

_____6. Ritmul de lucru şi utilizarea eficientă a timpului

0. Terapeutul nu a încercat să planifice timpul în cadrul şedinţei terapeutice. Finalitatea şedinţei a fost dificil de surprins.
2. Direcţia în care a avansat şedinţa a fost detectabilă, dar terapeutul a întâmpinat dificultăţi semnificative în structurare sau în stabilirea ritmului de desfăşurare a acesteia (de exemplu, prea puţin structurată, structură inflexibilă, ritm prea lent, ritm prea alert).
4. Terapeutul a reuşit în mare măsură să utilizeze timpul disponibil în mod eficient. El a controlat corespunzător cursul şi ritmul discuţiei.
6. Terapeutul a utilizat timpul disponibil în mod eficient, limitând cu fineţe discuţiile colaterale sau neproductive şi stabilind un ritm de desfăşurare potrivit pacientului din faţa sa.

Partea a II-a. Conceptualizare, strategie şi tehnică

_____7. Explorarea dirijată

0. Terapeutul s-a bazat în primul rând pe dispute, persuadare sau sfaturi, părând că interoghează pacientul, punându-l în defensivă sau impunându-şi punctul de vedere în faţa acestuia.
2. Terapeutul a recurs prea mult la dispute sau persuasiune, neglijând explorarea dirijată. Totuşi, a fost suficient de suportiv, aşa încât pacientul nu s-a simţit atacat sau pus în defensivă.
4. În cea mai mare parte a timpului, terapeutul l-a ajutat pe pacient să descopere noi perspective prin explorare dirijată (de exemplu, examinarea dovezilor, considerarea alternativelor, cântărirea avantajelor şi dezavantajelor), mai degrabă decât prin dispută. Chestionarea a fost folosită în mod adecvat.
6. Terapeutul a fost deosebit de abil în a utiliza explorarea dirijată pe durata şedinţei pentru a evalua problemele şi a-l ajuta pe pacient să tragă propriile sale concluzii. El a realizat un echilibru perfect între chestionarea cu tact a pacientului şi utilizarea altor modalităţi de intervenţie.

_____8. Focalizarea pe cogniţii-cheie şi comportamente-cheie

0. Terapeutul nu a încercat să surprindă gânduri, asumpţii, imagini, sensuri sau comportamente specifice.

2. Terapeutul a utilizat tehnici corespunzătoare pentru a surprinde cogniţii şi comportamente; totuşi, a avut dificultăţi în identificarea unui aspect-ţintă sau s-a focalizat pe cogniţii/comportamente irelevante pentru problema de bază a pacientului.
4. Terapeutul s-a focalizat pe cogniţii sau comportamente specifice, relevante pentru problema de bază; totuşi, s-ar fi putut orienta spre comportamente sau cogniţii mai centrale, care ar fi oferit o mai bună perspectivă de succes.
6. Terapeutul s-a focalizat cu mare abilitate pe gânduri, asumpţii sau comportamente specifice, extrem de relevante pentru problema în cauză şi care oferă şansa optimă de succes în terapie.

_____9. Strategia de schimbare

Notă: La acest item, focalizaţi-vă pe calitatea strategiei de schimbare utilizate de terapeut, şi nu pe calitatea implementării sau pe eficienţa practică a acesteia – dacă a apărut sau nu schimbarea scontată.

0. Terapeutul nu a recurs la tehnici cognitiv-comportamentale.
2. Terapeutul a utilizat unele tehnici cognitiv-comportamentale; totuşi, fie strategia globală de schimbare a fost neclară, fie aceasta nu a părut eficientă în a-l ajuta pe pacient.
4. Terapeutul a recurs la o strategie de schimbare relativ coerentă, incluzând tehnici cognitiv-comportamentale şi oferind o bună şansă de succes în cazul problemei pacientului.
6. Terapeutul a recurs la o strategie de schimbare coerentă, incluzând cele mai potrivite tehnici cognitiv-comportamentale şi oferind o foarte bună şansă de succes în cazul problemei pacientului.

_____10. Aplicarea tehnicilor cognitiv-comportamentale

Notă: La acest item, focalizaţi-vă pe abilitatea terapeutului în aplicarea tehnicilor, şi nu pe adecvarea acestora la specificul problemei-ţintă sau pe eficienţa lor practică – dacă a apărut sau nu schimbarea scontată.

0. Terapeutul nu a aplicat tehnici cognitiv-comportamentale.
2. Terapeutul a utilizat unele tehnici cognitiv-comportamentale, dar au existat deficienţe majore în modul de aplicare a acestora.
4. Terapeutul a recurs la tehnici cognitiv-comportamentale, dovedind destulă abilitate în aplicarea acestora.
6. Terapeutul a utilizat tehnici cognitiv-comportamentale într-o manieră extrem de abilă şi creativă.

_____11. Tema pentru acasă

0. Terapeutul nu a încercat să includă în intervenţie o temă pentru acasă relevantă pentru terapia cognitiv-comportamentală.
2. Terapeutul a întâmpinat dificultăţi majore în stabilirea temei pentru acasă (de exemplu, nu a verificat tema de data trecută, nu a explicat suficient de clar tema, a stabilit o temă nepotrivită).
4. Terapeutul a verificat tema de data trecută şi a stabilit o temă „standard” pentru terapia cognitiv-comportamentală, suficient de relevantă pentru aspectele abordate în şedinţa respectivă. Pacientului i s-a explicat tema clar şi detaliat.
6. Terapeutul a verificat tema de data trecută şi a ales cu grijă, pentru săptămâna următoare, o temă inspirată din terapia cognitiv-comportamentală. Aceasta a fost „perfect croită” pentru a ajuta pacientul să asimileze noi perspective, să testeze ipoteze, să experimenteze comportamente noi abordate pe parcursul şedinţei etc.

Partea a III-a. Considerente suplimentare

_____12.

(a) Au apărut probleme deosebite pe parcursul şedinţei (de exemplu, refuzul de a-şi face tema, probleme interpersonale între terapeut şi pacient, neîncredere în succesul terapiei, recăderi)?

(b) Dacă *da*:

0. Terapeutul nu s-a descurcat bine cu problemele deosebite care au apărut.
2. Terapeutul s-a descurcat bine cu problemele deosebite care au apărut, însă a folosit conceptualizări şi explicaţii care nu erau totdeauna în acord cu terapia cognitiv-comportamentală.
4. Terapeutul a încercat să rezolve problemele speciale apărute, utilizând un cadru conceptual cognitiv şi aplicând cu destulă abilitate

tehnicile adecvate.

6. Terapeutul a rezolvat cu foarte multă abilitate problemele speciale apărute, utilizând cadrul conceptual specific terapiei cognitiv-comportamentale.

_____13. Aţi identificat, pe parcursul şedinţei, factori neobişnuiţi, semnificativi, despre care consideraţi că au justificat devierea actului terapeutic de la abordarea standard evaluată prin această scală?

Da (Vă rugăm specificaţi mai jos) *Nu*

Partea a IV-a. Evaluare globală şi comentarii

_____14. Cum apreciaţi performanţa generală a clinicianului pe parcursul acestei şedinţe, în calitatea lui de terapeut cognitiv-comportamental?

0	1	2	3	4	5	6
Slabă	Nesatisfăcătoare	Mediocră	Satisfăcătoare	Bună	Foarte bună	Excelentă

_____15. Dacă aţi face un studiu asupra eficacităţii terapiei cognitiv-comportamentale (presupunând că această şedinţă este una tipică pentru el), credeţi că aţi considera acest terapeut apt de a fi inclus în cercetarea dvs.?

0	1	2	3	4
Cu siguranţă nu	Probabil că nu	Nu sunt sigur	Probabil că da	Cu siguranţă da

_____16. Cât de dificil apreciaţi că a fost să se lucreze cu acest pacient?

0	1	2	3	4	5	6
Deloc dificil, foarte receptiv			Moderat de dificil			Extrem de dificil

_____17. Comentarii şi sugestii pentru îmbunătăţirea performanţei terapeutului:

_____18. Evaluare globală

Scală de cotare:

0	1	2	3	4	5
Slab	Mediocru	Satisfăcător	Bun	Foarte bun	Excelent

Utilizând scala de mai sus, vă rugăm să faceţi o evaluare globală a abilităţilor terapeutului, aşa cum au fost ele surprinse în această înregistrare. Încercuiţi numărul corespunzător.

Scorul de la care un terapeut este considerat ca fiind „bun” este de minimum 60 de puncte.

Anexa 2

2.1. Fişe sintetice pentru terapia cognitiv-comportamentală

2.1.A. *Modelele ABC cognitiv şi comportamental*

Modelul ABC cognitiv

A EVENIMENT/SITUAŢIE ACTIVATOARE

- Rezumaţi situaţia (A) în legătură cu care vă faceţi probleme (de ex., ce ar vedea o cameră video?)
- A poate fi intern (de ex., o emoţie) sau extern, real sau imaginar
- A poate fi un eveniment trecut, prezent sau viitor

C CONSECINŢE

Principalele **emoţii** negative dezadaptative/disfuncţionale:

Principalele **comportamente** dezadaptative:

Printre emoţiile negative dezadaptative se numără:

- Frica-Anxietatea
- Furia-Mânia
- Gelozia
- Depresia
- Ruşinea
- Vinovăţia etc.

B-CI (COGNIŢII/CONVINGERI IRAŢIONALE)

Pentru a identifica CI urmăriţi:

- **CERINŢE ABSOLUTISTE** (de ex., trebuie absolutist)
- **CATASTROFAREA** (de ex., este groaznic, îngrozitor, oribil)
- **INTOLERANŢA LA FRUSTRARE** (de ex., nu suport)
- **EVALUAREA GLOBALĂ** (de ex., Eu (sau ceilalţi/lumea) sunt rău, lipsit de valoare)
- **ASOCIERI INCONŞTIENTE/ AUTOMATE** (de ex., fără CI conştiente) **ÎNTRE A ŞI C**

D (DISPUTAREA/RESTRUCTURAREA CI)

Pentru a restructura CI întrebaţi-vă:

- Ce efect are această convingere asupra mea? **Mă ajută sau nu?**
- Ce dovezi există pentru a susţine credinţa mea iraţională? **Sunt aceste dovezi consistente cu realitatea?**
- Este credinţa mea **logică?**
- Ce trebuie **să fac** pentru a testa şi modifica CI conştientizabile şi/sau prelucrările inconştiente care asociază A şi C?
- Utilizaţi **metafore**

B-CR (CREDINŢE RAŢIONALE)

Pentru a gândi mai raţional urmăriţi:

- **PREFERINŢELE NONDOGMATICE** (de ex., dorinţe, aşteptări)
- **EVALUAREA CA NEPLĂCERE** (de ex., este rău, neplăcut)
- **TOLERANŢA CRESCUTĂ LA FRUSTRARE** (de ex., nu îmi place, dar pot să suport şi să mă bucur de alte lucruri)
- **EVITAREA EVALUĂRII GLOBALE ŞI FOCALIZAREA PE COMPORTAMENTUL CONTEXTUAL** (de ex., eu sunt o fiinţă umană care poate greşi în anumite situaţii)

E (NOUL EFECT)

Emoţii negative sau pozitive funcţionale:

Comportamente adaptative:

Emoţiile negative funcţionale cuprind, de exemplu:

- Dezamăgirea
- Îngrijorarea
- Supărarea
- Tristeţea
- Regretul
- Emoţii disfuncţionale mai puţin intense

Modelul ABC comportamental

A ANTECEDENTE	C CONSECINȚE
Stimuli ⟷ Prelucrări informaționale ↳ cunoștințe procedurale ↳ autoeficacitate ↳ expectanțe	Principalele **întăriri pozitive**: Principalele **întăriri negative**: Principalele **pedepse**:

Rezumați situația (A) în legătură cu care vă faceți probleme (de ex., ce ar vedea o cameră video?).
A poate fi intern (de ex., o emoție) sau extern, real sau imaginar.
A poate fi un eveniment trecut, prezent sau viitor.

↳ întăriri pozitive
↳ întăriri negative
↳ pedeapsă

B – COMPORTAMENTUL OPERANT	MODIFICAREA ANTECEDENTELOR ȘI A CONSECINȚELOR	B – NOUL COMPORTAMENT

2.1.B. *Formular de Conceptualizare Clinică Modelul Bio-Psiho-Social „Stres-Vulnerabilitate”*

STRESORI	∩	VULNERABILITATE	→	TULBURĂRI PSIHICE, ȘI/SAU EMOȚIONALE ȘI/SAU DE COMPORTAMENT
[Se listează stresorii psihosociali şi/sau biomedicali]		**Psihologică** **[Se listează mecanismele etiopatogenetice psihice]** **Biomedicală** **[Se listează cadrul medical identificat de medic]**		**[Se listează problemele psihice conform DSM şi fiecare este analizată multinivelar (subiectiv/emoţional, cognitiv, comportamental, psihofiziologic)]**

↓

LISTA DE PROBLEME
(Cum se traduc tulburările din DSM în probleme psihice de viață)

1.....
2.....
.....
.....
.....
10...(maxim).....

[Notă: Atenţie la distincţia dintre „conceptualizarea de interfaţă” şi „conceptualizarea profesională”. În formular, se vor reliefa şi stările de sănătate şi mecanismele de sanogeneză, acolo unde acestea sunt relevante.]

2.2. Decalogul iraţionalităţii

Decalogul iraţionalităţii

1. *Trebuie* să reuşeşti în tot ceea ce faci, *altfel* eşti fără valoare ca om (eşti neimportant/inferior/slab).
2. *Trebuie* să reuşeşti în tot ceea ce faci, *altfel* este groaznic şi catastrofal (este cel mai rău lucru care ţi se poate întâmpla).
3. *Trebuie* să reuşeşti în tot ceea ce faci, *altfel* nu poţi tolera/suporta acest lucru (este insuportabil).
4. *Trebuie* ca toţi ceilalţi să se comporte corect şi/sau frumos cu tine, *altfel* eşti fără valoare ca om (eşti neimportant/inferior/slab) şi/sau ei sunt fără valoare (răi).
5. *Trebuie* ca toţi ceilalţi să se comporte corect şi/sau frumos, *altfel* este groaznic şi catastrofal (este cel mai rău lucru care ţi se poate întâmpla).
6. *Trebuie* ca toţi ceilalţi să se comporte corect şi/sau frumos, *altfel* nu poţi tolera/suporta acest lucru (este insuportabil).
7. *Trebuie* ca viaţa să fie dreaptă şi uşoară, *altfel* eşti fără valoare ca om (eşti neimportant/inferior/slab) şi/sau viaţa este nedreaptă.
8. *Trebuie* ca viaţa să fie dreaptă şi uşoară, *altfel* este groaznic şi catastrofal (este cel mai rău lucru care ţi se poate întâmpla).
9. *Trebuie* ca viaţa să fie dreaptă şi uşoară, *altfel* nu poţi tolera/suporta (este insuportabil).
10. *Eu, ceilalţi şi/sau viaţa trebuie cu necesitate să…*

Într-o variantă prescurtată:

Nucleul nebuniei – triada iraţionalităţii

Modelul triarhic al patogenezei

1. Eu *trebuie cu necesitate să…*
2. Ceilalţi *trebuie cu necesitate să…*
3. Viaţa *trebuie cu necesitate să…*

Notă: Aceste cogniţii iraţionale cuprinse în „Decalogul iraţionalităţii" au fost identificate ca mecanisme etiopatogenetice implicate în patologie. Rolul lor fundamental a fost reliefat în sute de studii, incluzând mii de pacienţi cu patologii diverse, sintetizate în metaanalize:

– Lyons, L.C., Woods, P.J. (1991), „The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research", *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.
– Engles, G.I., Garnefsky, N., Diekstra, F.W. (1993), „Efficacy of rational emotive therapy: A quantitative analysis", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1083-1090.
– David, D., *et al.* (2005), „A synopsis of rational emotive behavior therapy: Fundamental and applied research", *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 175-221.

2.3. Decalogul raţionalităţii

Decalogul raţionalităţii

– Elaborat de psihologul Daniel David în 2012, în baza dezvoltărilor mai recente din terapia raţional-emotivă şi cognitiv-comportamentală; versiuni anterioare ale „Decalogului raţionalităţii” au fost publicate de acelaşi autor, începând din anul 2000.

Pentru o viaţă raţională şi fericită, a se citi zilnic, dimineaţa sau seara înainte de culcare, timp de o lună, iar apoi, cu rol preventiv, o dată pe lună:

1. AR FI PREFERABIL să reuşeşti în tot ceea ce faci şi fă tot ce depinde omeneşte de tine în acest sens, DAR, DACĂ NU REUŞEŞTI, nu înseamnă că eşti fără valoare ca om, ci doar că ai avut un comportament mai puţin performant, care probabil poate fi îmbunătăţit în viitor. Ca om, eşti valoros prin simplul fapt că exişti. Aşadar, este bine să te accepţi necondiţionat, dar asta nu înseamnă că trebuie să-ţi accepţi imediat şi necondiţionat şi eşecurile, fără să încerci măcar să le corectezi, atât cât este omeneşte posibil.
2. AR FI PREFERABIL să reuşeşti în tot ceea ce faci şi fă tot ce depinde omeneşte de tine în acest sens, DAR, DACĂ NU REUŞEŞTI, aminteşte-ţi că este doar (foarte) rău, fără a fi catastrofal (cel mai rău lucru care ţi se putea întâmpla), şi că poţi găsi mulţumire în alte activităţi, chiar dacă este mai greu la început. Indiferent cât de rău este răul care ţi s-a întâmplat, nu este cel mai mare rău care ţi se poate întâmpla!
3. AR FI PREFERABIL să reuşeşti în tot ceea ce faci şi fă tot ce depinde omeneşte de tine în acest sens, DAR, DACĂ NU REUŞEŞTI, poţi tolera/suporta acest lucru neplăcut şi poţi merge mai departe, găsind bucurie în alte activităţi, chiar dacă este mai greu la început.
4. AR FI PREFERABIL ca ceilalţi să se comporte corect şi/sau frumos cu tine, DAR, DACĂ NU SE COMPORTĂ AŞA, nu înseamnă că tu sau ei sunteţi fără valoare ca oameni, ci doar că au avut un comportament inadecvat care, în principiu, poate fi schimbat în viitor. Ceilalţi sunt valoroşi ca oameni prin simplul fapt că există. Aşadar este bine să-i accepţi necondiţionat ca oameni, dar asta nu înseamnă că trebuie să le accepţi imediat şi necondiţionat şi comportamentele inadecvate, fără să încerci, atât cât este omeneşte posibil, să-i faci să şi le corecteze.
5. AR FI PREFERABIL ca ceilalţi să se comporte corect şi/sau frumos cu tine, DAR, DACĂ NU SE COMPORTĂ AŞA, aminteşte-ţi că este doar (foarte) rău, fără a fi catastrofal (cel mai rău lucru care se putea întâmpla), şi că poţi găsi mulţumire în alte activităţi, chiar dacă este mai greu la început.
6. AR FI PREFERABIL ca ceilalţi să se comporte corect şi/sau frumos cu tine, DAR, DACĂ NU SE COMPORTĂ AŞA, poţi tolera/suporta acest lucru neplăcut şi poţi merge mai departe, găsind bucurie în alte activităţi, chiar dacă este mai greu la început.
7. AR FI PREFERABIL ca viaţa să fie în general corectă (cu tine şi/sau ceilalţi) şi plăcută/uşoară, DAR, DACĂ NU ESTE, nu înseamnă că viaţa este nedreaptă şi/sau că tu eşti fără valoare ca om. Viaţa este un amestec de bun şi rău, iar noi ar trebui să maximizăm (dacă se poate) şi/sau să vedem binele, reducând (dacă se poate) răul şi/sau învăţând din rău.
8. AR FI PREFERABIL ca viaţa să fie în general corectă (cu tine şi/sau ceilalţi) şi plăcută/uşoară, DAR, DACĂ NU ESTE, aminteşte-ţi că este doar (foarte) rău, fără a fi catastrofal (cel mai rău lucru care se putea întâmpla), şi că poţi găsi mulţumire în activităţi specifice, chiar dacă este mai greu la început.
9. AR FI PREFERABIL ca viaţa să fie în general corectă (cu tine şi/sau ceilalţi) şi plăcută/uşoară, DAR, DACĂ NU ESTE, poţi tolera/suporta acest lucru şi poţi merge mai departe, găsind bucurie în activităţi specifice, chiar dacă este mai greu la început.
10. SINGURUL LUCRU CARE TREBUIE – deşi şi acesta este condiţional, nonabsolutist: doar dacă doreşti să fii sănătos şi fericit – ESTE CĂ NIMIC NU TREBUIE CU NECESITATE. Faptul că îţi doreşti un lucru foarte mult şi faci tot ceea ce este omeneşte posibil să-l obţii nu înseamnă că asta trebuie să se întâmple cu necesitate. Altfel spus, este bine să înţelegem şi să acceptăm faptul că nu scrie nicăieri că dorinţa noastră, fie ea chiar intensă şi justificată prin efortul angajat în împlinirea ei, trebuie să devină realitate doar pentru că noi dorim şi luptăm pentru asta. Numai cerinţele/dorinţele lui Dumnezeu dobândesc cu necesitate realitate ontologică (devin realitate); dorinţele noastre devin uneori realitate, iar alteori, chiar justificate fiind, rămân simple dorinţe deoarece viaţa şi/sau ceilalţi ni le blochează (sau chiar nu dau doi bani pe ele). Aşadar, este bine să ne dorim lucruri, să luptăm pentru ele, dar, în acelaşi timp, să fim gata să acceptăm că, în ciuda efortului nostru, s-ar putea să nu se întâmple ceea ce ne dorim. Ar fi bine să înţelegem şi să acceptăm acest lucru!

   Într-o variantă prescurtată:

   Nucleul sănătăţii – triada raţionalităţii

Modelul triarhic al sanogenezei

1. Acceptă ceea ce nu se poate schimba.
2. Fă tot ceea ce este omeneşte posibil pentru a schimba ce se poate schimba, amintindu-ţi însă mereu că uneori lucrurile nu *trebuie* să se întâmple cum vrei tu.
3. Fă diferenţă între 1 şi 2.

Notă: Aceste cogniţii raţionale cuprinse în „Decalogul raţionalităţii" au fost identificate ca mecanisme de rezilienţă cognitivă (de sanogeneză) implicate în promovarea sănătăţii şi prevenirea patologiei. Rolul lor fundamental a fost reliefat în sute de studii, incluzând mii subiecţi, sintetizate în metaanalize:

– Lyons, L.C., Woods, P.J. (1991), „The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research", *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.
– Engles, G.I., Garnefsky, N., Diekstra, F.W. (1993), „Efficacy of rational emotive therapy: A quantitative analysis", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1083-1090.
– David, D., *et al.* (2005), „A synopsis of rational emotive behavior therapy: Fundamental and applied research", *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 175-221.

2.4. Sfaturi pentru o viaţă raţională şi fericită

Aceste recomandări au fost promovate de Albert Ellis în lucrarea *A Guide to Rational Living*, care s-a vândut în peste 1.500.000 de exemplare, fiind un bestseller în Statele Unite. De asemenea, în curriculumul grădiniţelor şi şcolilor din SUA şi Australia ele au fost implementate încă din anii '70, sub forma educaţiei raţional-emotive şi comportamentale.

1. Urmează „Decalogul raţionalităţii" şi evită „Decalogul iraţionalităţii".
2. Asimilează „Nucleul sănătăţii" şi renunţă la „Nucleul nebuniei".
3. Să doreşti şi să faci tot ceea ce depinde de tine pentru ca lucrurile să se întâmple aşa cum vrei tu, dar în acelaşi timp să ţii minte că nu scrie nicăieri că lucrurile *trebuie* cu necesitate să se întâmple aşa cum vrei tu.
4. Nu uita că ar fi de dorit ca toţi ceilalţi să te trateze corect, dar asta nu înseamnă că şi *trebuie* cu necesitate să o facă.
5. Nu uita că ar fi de dorit să reuşeşti în tot ceea ce faci, dar asta nu înseamnă că şi *trebuie* cu necesitate să reuşeşti.
6. Nu uita că ar fi de dorit ca viaţa să fie uşoară şi dreaptă, dar asta nu înseamnă că şi *trebuie* cu necesitate să fie aşa.
7. Nu uita că dacă lucrurile nu se întâmplă aşa cum ţi-ai dorit, asta nu înseamnă că eşti fără valoare ca om, ci doar că ai avut un comportament mai puţin performant, care, probabil, poate fi îmbunătăţit.
8. Nu uita că dacă lucrurile nu se întâmplă aşa cum ţi-ai dorit, asta nu înseamnă că este o catastrofă (cel mai rău lucru care ţi se poate întâmpla), ci este doar un lucru neplăcut (poate chiar extrem de neplăcut), fără ca asta să însemne totuşi că este cel mai rău lucru care ţi se poate întâmpla şi că nu te mai poţi bucura de viaţă.
9. Nu uita că dacă lucrurile nu se întâmplă aşa cum ţi-ai dorit, poţi tolera asta şi poţi merge mai departe bucurându-te de viaţă, deşi este mai greu la început.
10. Nu uita că este plăcut să ai aprobarea şi dragostea celorlalţi şi fă tot ceea ce este omeneşte posibil să le obţii, dar aminteşte-ţi că şi fără ele te poţi accepta ca fiinţă umană care are dreptul să se bucure de viaţă.
11. Nu uita că este de preferat să faci lucrurile perfect, dar este omeneşte să greşeşti.
12. Nu uita că oamenii reacţionează aşa cum doresc ei, nu cum doreşti tu, şi aminteşte-ţi că şi ei, ca şi tine, nu sunt perfecţi.

Notă: Aceste cogniţii raţionale au fost identificate ca mecanisme de rezilienţă cognitivă (sanogeneză) implicate în promovarea sănătăţii, prevenirea şi remiterea patologiei şi creşterea calităţii vieţii. Rolul lor fundamental a fost reliefat în sute de studii, incluzând mii

de subiecţi, sintetizate în metaanalize:

– Lyons, L.C., Woods, P.J. (1991), „The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research”, *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.
– Engles, G.I., Garnefsky, N., Diekstra, F.W. (1993), „Efficacy of rational emotive therapy: A quantitative analysis”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1083-1090.
– Butler, A.C., Beck, J.S. (2000), „Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses”, *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, 1-9.
– David, D., *et al.* (2005), „A synopsis of rational emotive behavior therapy: Fundamental and applied research”, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 175-221.

2.5. Automonitorizarea demersului terapeutic

Lista de control (*checking list*)

1. Am verificat starea clinică a pacientului la începutul şedinţei?
2. Am verificat şi discutat tema pe care a avut-o pentru această şedinţă?
3. Am stabilit clar problema de pe agenda terapeutică de azi?
4. Am conceptualizat problema prin modelul ABC cognitiv şi/sau comportamental?
5. Este conceptualizarea clar înţeleasă de pacient?
6. Atunci când conceptualizarea descompune problema de pe listă (de exemplu, probleme la serviciu) în mai multe probleme clinice (practică: interacţiunea cu şeful; emoţionale: furie, vinovăţie), am stabilit clar care dintre ele rămâne astăzi pe agenda terapeutică? Am făcut conceptualizarea acesteia şi este ea înţeleasă de pacient?
7. Tehnicile utilizate sunt congruente cu conceptualizarea clinică?
8. Am făcut sumarizări pe parcurs pentru a mă asigura că între mine şi pacient există o colaborare corectă?
9. Am stabilit corect prescripţiile cognitiv-comportamentale?
10. Am fost empatic, congruent şi i-am comunicat pacientului direct şi/sau prin ceea ce am făcut că este acceptat necondiţionat?
11. Am sumarizat şi am solicitat din partea pacientului un feedback asupra şedinţei?
12. M-am înscris în durata anticipată a şedinţei?

2.6. Prescripţii psihologice – pastile psihologice

Notă: Prezentăm mai jos trei „pastile psihologice”, fiecare pentru probleme psihologice ţintă. Este indicat să nu fie combinate, luându-se la început „pastila psihologică” pentru cea mai dificilă problemă.

INSTRUCŢIUNI

Citiţi afirmaţiile de mai jos (1) de trei ori pe zi (dimineaţa şi seara) ; (2) înainte de a vă confrunta cu situaţii de viaţă negative şi (3) ori de câte ori simţiţi emoţii intense, negative, supărătoare.

Mai ales :

(a) furie ;
(b) nemulţumire ;
(c) iertare.

„Mi-aş dori ca situaţia să fie alta, însă ştiu că dorinţa mea nu devine obligatoriu realitate doar pentru că vreau eu acest lucru."
„Pot să accept că în viaţă mi se întâmplă aşa ceva, deşi nu îmi doresc, deşi este neplăcut."
„Pot suporta să mi se întâmple aşa ceva, deşi nu îmi place acest lucru."
„Pot tolera ceea ce simt, chiar dacă nu simt ceva plăcut."
„Pot să suport prezenţa acestei emoţii şi să merg mai departe, deşi nu îmi place."
„Pot accepta că am făcut asta chiar dacă preferam să nu o fac."
„Pot accepta comportamentul celorlalţi, chiar dacă aceştia nu fac întotdeauna ce ce mi-aş dori eu."
„Deşi este neplăcut, pot tolera şi merge mai departe, bucurându-mă de viaţă."

Mai ales :

(d) frică ;
(e) îngrijorare ;
(f) teamă ;
(g) anxietate ;
(h) preocupare.

„Mi-aş dori ca situaţia să fie alta, însă ştiu că situaţia mea nu devine obligatoriu realitate doar pentru că vreau eu acest lucru."
„Pot să accept că în viaţă mi se pot întâmpla şi lucruri pe care nu le doresc, deşi este neplăcut şi am făcut tot posibilul ca să le evit."
„Este extrem de neplăcut că mi s-a întâmplat aşa ceva, însă nu este cel mai rău lucru care mi s-ar fi putut întâmpla."
„Cred că pot face faţă şi unor situaţii mai rele decât cea în care mă găsesc acum."
„Este extrem de neplăcut, însă nu catastrofal, dacă în această situaţie nu voi putea deţine controlul aşa cum mi-aş dori."
„Este rău, dar nu dezastruos să trăiesc astfel de emoţii ; mă pot bucura de viaţă în continuare."

Mai ales :

(i) tristeţe ;
(j) dezamăgire ;
(k) deprimare ;
(l) regrete.

„Mi-aş dori ca situaţia să fie alta, însă ştiu că dorinţa mea nu devine obligatoriu realitate doar pentru că vreau eu acest lucru."
„Pot să accept că în viaţă mi se întâmplă lucruri pe care nu le doresc, deşi este trist."
„Am greşit comportându-mă astfel, însă eu rămân întotdeauna o persoană valoroasă, prin simplul fapt că sunt om."
„Poate că această reacţie a mea este o dovadă de slăbiciune, însă asta nu arată valoarea mea ca persoană."
„Chiar dacă nu mă descurc întotdeauna aşa de bine cum mi-aş dori, rămân o persoană bună şi valoroasă, şi merit să mă bucur."

Anexa 3

Componente validate ştiinţific din relaţia psihoterapeutică (American Psychological Association – APA)[1]*

Relaţia psihoterapeutică este considerată un factor fundamental în toate formele de psihoterapie. Cercetări recente, bazate pe sinteza a sute de studii de specialitate (Lambert *et al.*, 2002, 2003), au arătat că relaţia psihoterapeutică justifică aproximativ 30% din beneficiile obţinute în urma intervenţiei, fiind astfel factorul psihoterapeutic cel mai important. Pornind de la aceste rezultate, APA, prin Divizia de Psihoterapie (Divizia 29), a iniţiat un amplu program de studiere a relaţiei psihoterapeutice şi a rolului acesteia în obţinerea efectelor pozitive ale psihoterapiei. Relaţia psihoterapeutică este un construct multidimensional; diferite forme de psihoterapie pun accent pe diferite dimensiuni. Care sunt însă dimensiunile active din cadrul acestui construct şi care sunt factorii inactivi sau mai puţin relevanţi? Cercetări de metaanaliză (Lambert *et al.*, 2002) sintetizând zeci de studii pe această temă au fost recent publicate în raportul Diviziei de Psihoterapie (Divizia 29) a Asociaţiei Psihologilor Americani (http://www.apa.org), reuşindu-se astfel să se dea un răspuns la întrebarea de mai sus. Ele sunt rezumate şi în cele ce urmează (pentru a se înţelege semnificaţia acestor constructe, recomandăm consultarea unor lucrări de psihoterapie – Sarason şi Sarason, 1999), aşa cum sunt ele prezentate de Divizia 29 a APA.

I. Elemente generale ale relaţiei terapeutice validate ştiinţific:

– empatie şi coeziune (în terapia de grup);
– colaborare şi consens asupra scopurilor terapiei;
– alianţa terapeutică (de pildă, stabilirea unor scopuri clare).

II. Elemente generale ale relaţiei terapeutice probabil eficiente (cu suport ştiinţific parţial – rezultatele nu au fost suficient replicate):

– acceptarea necondiţionată şi congruenţa;
– feedbackul;
– deschiderea pacientului şi a terapeutului spre împărtăşirea unor aspecte personale;
– managementul contratransferului;
– corectarea dificultăţilor de relaţionare terapeutică.

III. Aspecte relaţionale (pacient-terapeut) care au fost validate ştiinţific şi de care trebuie să se ţină seama în administrarea terapiei:

- rezistenţa pacientului (de exemplu, includerea în procesul de psihoterapie a unor proceduri de autoterapie funcţionează bine la persoanele cu rezistenţă mare, iar terapia mai directivă funcţionează bine la persoanele cu rezistenţă mai scăzută);
- dificultăţi funcţionale.

IV. Aspecte relaţionale (pacient-terapeut) de care probabil trebuie ţinut seama în administrarea terapiei (cu suport ştiinţific parţial – rezultatele nu au fost suficient replicate):

- stilul de coping;
- aşteptările pacientului;
- capacitatea de a asimila experienţele problematice;
- stadiul schimbării (pentru detalii, vezi Prochaska, DiClemente *et al.*, 1994).

V. Aspecte relaţionale (pacient-terapeut) de care probabil trebuie să se ţină seama (pe baza consensului specialiştilor) în administrarea terapiei, dar care nu au încă nici măcar un suport ştiinţific parţial:

- stilul de ataşament;
- etnia; religiozitatea şi spiritualitatea;

- preferinţe;
- sex;
- tulburările de personalitate.

1* Vezi şi David (2003) şi David (2006a).

Anexa 4

Modificări (erate/revizuiri/adăugiri/corecturi) în ediţia a II-a

Nici o lucrare ştiinţifică, mai ales una voluminoasă de tip manual didactic (*textbook/handbook*), nu este perfectă. Astfel, uneori apar erori de scriere (de exemplu, de redactare, ortografice), de conţinut (anumite teorii sunt interpretare incorect sau incomplet) sau de precizie a referinţelor indicate (referinţe imprecise ca titlu, an, editură, autori sau ordinea autorilor, referinţe greşite etc.). Pentru a identifica aceste erori din prima ediţie, am cerut studenţilor, colegilor sau celor care au citit lucrarea să mi le semnaleze. De asemenea, am citit eu însumi cu atenţie textul pentru a găsi eventuale erori. Practic, aici am urmat modelul standard în domeniu: erată/corecturi la ediţia publicată (vezi ca exemplu profesorul Daniel Dennet, care publică erate/corecţii online la lucrările sale, pe baza comentariilor cititorilor). Aşadar am cules în această perioadă comentarii de la cititorii lucrării mele, astfel încât am elaborat erate/corecţii pe care le-am inclus fie direct în text, ca note corective la prima ediţie, fie în această Anexă (acelea care nu pot fi prezentate în text fără a-i afecta cursivitatea). De asemenea, am prezentat în această Anexă modificările (adăugiri şi eliminări de text) la ediţia a II-a, pentru a avea o imagine de ansamblu asupra lor.

Introducere – nuanţări minore.

Capitolul 1

1. Descrierea unei noi forme de pedeapsă (*punishment*) (prin eliminarea *întăririi pozitive*).
2. Alte nuanţări minore.

Capitolul 2

1. Nuanţarea accentuată a conceptului fundamental de *gânduri automate*, pentru a fi clar că include în sens larg şi cogniţiile evaluative.
2. Accentuarea rolului *psihologiei evoluţioniste* în terapia cognitiv-comportamentală.
3. Alte nuanţări minore.

Capitolul 3 – nuanţări minore.

Capitolul 4

1. Includerea componentei *pozitive* (de exemplu, sănătate) în diagnostic.
2. Corectarea şi dezvoltarea Tabelului 4.1.
3. Alte nuanţări minore.

Capitolul 5

1. La figura 5.5 s-a adăugat o săgeată cu dublu sens între triunghiurile din colţurile T şi A ale triunghiului mare/integrator.
2. Alte nuanţări minore.

Capitolul 6

1. Includerea şi discutarea constructelor *activ* şi *directiv*, extrem de relevante pentru terapia cognitiv-comportamentală.
2. Alte nuanţări minore.

Capitolul 7

1. Introducerea unui set explicit de tehnici de restructurare bazate pe acceptare (din perspectiva *acceptance and commitment therapy*).
2. Introducerea în analiză a roboterapiei şi a tehniclor de modificare a distorsiunilor cognitive (*cognitive biases modifications*).
3. Alte nuanţări minore.

Capitolul 8 – nuanţări minore.

Capitolul 9

1. Introducerea unui nou sistem de clasificare a psihoterapiilor (tabelul 9.1).
2. Alte nuanţări minore.

Capitolul 10 – nuanţări minore.

Capitolul 11 – nuanţări minore.

Remarci finale, Resurse… şi Glosar – nuanţări minore.

Bibliografie

1. Unele referinţe au fost eliminate, altele corectate, iar altele adăugate, pentru a reflecta ediţia a II-a a lucrării.

Anexe

1. Am eliminat Anexele 4 şi 5 din prima ediţie (ca urmare a dinamicii în domeniu, nu se mai justifică, noile informaţii fiind mereu prezentate şi modificate online).
2. Am adăugat o variantă mai completă a Anexei 2 (secţiunile 2.1a şi 2.1b).
3. Am adăugat o Anexă nouă: Anexa 4.